FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1931 N° 2

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mlle Marthe ANDLAUER

née le 7 Janvier 1903 à Genève

ex-externe des Hôpitaux de Strasbourg.

Du Traitement de la Sclérose en Plaques par le Phlogétan

Président: M. J. A. BARRÉ, PROFESSEUR

IMPRIMERIE MODERNE STRASBOURG
CH. MOSSMANN
PLACE BENJAMIN ZIX — RUE DES DENTELLES
1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1931 N° 2

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Mlle Marthe ANDLAUER

née le 7 Janvier 1903 à Genève

ex-externe des Hôpitaux de Strasbourg.

Du Traitement de la Sclérose en Plaques par le Phlogétan

Président : M. J. A. BARRÉ, PROFESSEUR

IMPRIMERIE MODERNE STRASBOURG
CH. MOSSMANN
PLACE BENJAMIN ZIX — RUE DES DENTELLES
1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. N....
Assesseur	MERKLEN ✻ ✪ I.

Professeurs

Embriologie	MM. ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie	FORSTER ✻ ✪ I.
Histologie	BOUIN O. ✻ ✪ I.
Physiologie	SCHAEFFER ✪ I.
Physique biologique	VLES ✻ ✪ I.
Chimie biologique	NICLOUX ✻ ✪ I.
Anatomie pathologique	MASSON ✻ ✪ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale	AMBARD ✻ ✪ I.
Hygiène, Bactériologie	BORREL C. ✻ ✪ A.
Médecine légale	CHAVIGNY C. ✻ ✪ I.
Clinique médicale	MERKLEN ✻ ✪ I. N....
Clinique chirurgicale	LERICHE O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ I.
Cliniqne ophtalmologique	WEILL ✪ I.
Clinique dermatologique	PAUTRIER O. ✻ ✪ I.
Clinique psychiatrique	PFERSDORFF ✻ ✪ I.
Clinique neurologique	BARRÉ ✻ ✪ I.
Clinique gynécologique et accouchements	REEB ✪ A.
Clinique infantile	ROHMER ✻ ✪ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique	CANUYT ✪ A.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ✪ I.	MM. GÉRY ✪ A.
BELLOCQ ✪ I.	SCHWARTZ ✪ I.
FONTÈS ✪ A.	

Chargés de Cours et Agrégés :

MM. BLUM (Paul) ✻ ✪ I.	MM. KREISS
GELMA ✪ A.	LAROUSSE ✪ A.
GUNSETT ✻ ✪ A.	REISS
HANNS ✻ ✪ A.	SIMON ✻
HUMBERT ✻ ✪ A.	SIMONIN ✻
KAYSER	VAUCHER ✪ A.
KELLER ✪ A.	WEISS A.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

SERMENT D'HIPPOCRATE.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A mes CHERS PARENTS

A ma SŒUR

A Monsieur le PROFESSEUR J. A. BARRÉ

Professeur de la Clinique Neurologique

Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes AMIS

AVANT-PROPOS

Arrivée aux termes de nos études, il nous est agréable de pouvoir exprimer nos remerciements à nos maîtres de la Faculté, tout particulièrement à M. le Professeur Barré qui a bien voulu nous accueillir dans son service tout d'abord comme externe, puis comme assistante.

Nul ne pouvait mieux que lui non seulement nous initier à cette science si complexe et si subtile qu'est la Neurologie, mais encore nous y intéresser et nous la faire aimer.

Nous serions heureux qu'il trouve dans ce travail entrepris sur ses conseils, inspiré de sa méthode, l'expression de notre gratitude et de notre reconnaissance.

Nous tenons aussi à remercier ici Monsieur le Docteur Betz, chirurgien en chef de l'Hôpital Civil de Colmar, qui nous fait profiter de sa riche expérience en nous enseignant les principes de la chirurgie.

— — —

CHAPITRE PREMIER

Aperçu Historique du Traitement de la Sclérose en Plaques

Jusqu'en 1924, on considérait le traitement de la sclérose en plaques comme au-dessus des ressources médicamenteuses habituelles. Dans les livres classiques, on recommandait toutefois la médication spirillicide à base de bismuth et d'arsénic (cacodylate de soude, liqueur de Fowler, arsénobenzols, tryparsamide), dans les cas où l'étiologie syphilitique peut être soupçonnée, le traitement physiothérapique (bains de soleil, bains de mer chauds) et les anti-infectieux uroformine, iodaseptine, métaux-colloïdaux).

Ce n'est qu'en 1925 que les premiers essais de traitement de la sclérose en plaques sont tentés en France et à l'étranger.

En France, on emploie tout d'abord, sans grand succès, les vaccins polymicrobiens (injections intraveineuses de vaccin streptobacillaire de Nicolle).

A l'étranger, on essaie aussi la thérapeutique *paraspécifique*. Vitek de Prague [1]) « cherche à pro-

[1]) « De nos expériences sur la Thérapeutique de la scle-

voquer dans l'organisme des malades atteints de sclérose en plaques, la surproduction d'éléments protéolytiques (ferments et leucocytose) destinés à favoriser la résorption des plaques de sclérose par introduction parentérale d'albumine et de substances de même structure physicochimique. Avec cette médication, il n'observe pas de résultats nets. » Il expérimente aussi la *pyrétothérapie* en utilisant « le Phlogétan » et le vaccin typhique en injectant par voie intraveineuse environ 25 à 30 millions de germes, mais n'obtient pas d'amélioration appréciable.

En 1925, le professeur Barré, mis au courant des succès obtenus par le professeur O. Fischer, de Prague, par l'emploi du Phlogétan dans le Tabes et la paralysie générale adapta cette thérapeutique à la sclérose en plaques et obtint des résultats suggestifs. Un peu plus tard, le professeur Sicard préconise les injections de Dmelcos (vaccin antichancrelleux) qui ont, d'après lui, l'avantage de donner une température plus élevée et plus constante que le Phlogétan.

Jarkowski, se basant sur la prédominance de l'atteinte de la myéline dans les troubles anatomiques de la sclérose en plaques, a tenté d'utiliser l'osmium sous la forme colloïdale en injections intraveineuses

---

rose en plaques », par M. Jiri Vitek — Bruxelles Médical N° 28, 12 mai 1929.

Nous tenons à remercier ici le docteur Vitek de l'amabilité avec laquelle il nous a permis de bénéficier de sa riche documentation sur le traitement de la Scl. en Pl.

progressives de 12 à 15 cm³. Il aurait obtenu une amélioration légère, mais nette. Toutefois, sa documentation ne porte que sur un cas.

Après Charcot et Erb, etc... Vitek expérimente la médication colloïdale et l'emploie fréquemment avec succès. Il recommande l'emploi de l'argent en solution colloïdale, sous forme de « Dispargen Reisholz » en injections intraveineuses à doses progressivement croissantes allant de 3 à 20 cm³ de façon à atteindre une dose totale de 180 à 200 cm³.

Parmi les traitements préconisés, il faut citer encore la *lécithine pure*, utilisée en injections dans la cavité sous-arachnoïdienne, à la dose de 0,20 à 0,40 en dissolution dans 5 cm³ d'eau physiologique; les bons résultats obtenus seraient dus au pouvoir fixateur du médicament qui retiendrait particulièrement le virus sur les molécules.

En 1926, Wander traite 27 malades avec le Phlogétan et 47 avec le vaccin typhique. Il obtient des rémissions peu importantes, plus durables dit-il avec le vaccin typhique qu'avec le Phlogétan. A la même époque, Pierre Marie Foix, Chavanez, Maurice Lévy, emploient avec succès des injections intraveineuses de salicylate de soude chez 6 sujets. Plus tard, Cornil reprend ce traitement, mais enregistre sur 8 cas, 5 échecs.

En 1927, Horwitz, Ernst essaient la radiothérapie profonde de la moelle dorsale; ils constatent une amélioration dans 30 p. 100 des cas.

La malariathérapie, que ses succès dans le traite-

ment de la P. G. avaient fait essayer dans la sclérose en plaques, se montre très peu efficace [2]).

Frappés des analogies cliniques et anatomopathologiques entre la sclérose et la poliomyélite et étant donné la nature infectieuse de la sclérose, Boveri de Milan, puis Cornil, emploient en 1928, le sérum antipoliomyélitique. Cornil estime « qu'il existe dans la sclérose en plaques des symptômes liés à des perturbations dynamiques, dans le déterminisme desquelles intervient souvent le sympathique et qui sont susceptibles d'être modifiées par des thérapeutiques actives sur les équilibres colloïdaux des humeurs et des cellules ».

Actuellement, le *traitement biologique* est en vogue, grâce aux travaux de Laignel, Lavastine et Koressios qui appliquent au traitement de la sclérose en plaques diverses méthodes sérothérapiques, à savoir :

1) Le traitement par des sérums ordinaires,

2) L'auto-sérothérapie par le liquide de vésicatoire,

3) La sérothérapie par le sérum de lapin préparé avec les globules rouges et le liquide céphalorachidien du malade.

Cette dernière méthode de sérothérapie hémolytique leur donna les résultats les plus satisfaisants. Laignel, Lavastine la mirent définitivement au point en 1930. Ce sérum agirait par un processus mettant en

---

[2]) Babinski, Marinesco, Vitek préconisent cette thérapeutique surtout dans les formes basses.

jeu l'hémolyse en modifiant profondément le milieu sanguin et agissant par là favorablement sur l'évolution de la sclérose en plaques.

Dans les cas favorables, on voit se produire une diminution de la spasticité et du nystagmus. Laignel, Lavastine et Koressios pensent que les résultats favorables obtenus sont dûs au choc hémolytique violent déclenché.

Actuellement, les Professeurs Fribourg-Blanc et Gauthier du Val de Grâce, sur l'instigation de Clovis Vincent, font des essais de traitement de la sclérose en plaques par le vaccin T.A.B. Le docteur Vincent estime que cette médication peut agir au début de la maladie, à la période contemporaine des derniers modules infectieux avant la phase de sclérose.

On procède par inoculations intraveineuses; le vaccin T.A.B. chauffé est dilué dans 2 cm^3 d'eau physiologique et est injecté doucement dans une veine du pli du coude. La première injection se limite à une goutte; les injections suivantes se font à intervalles de 48 heures, en augmentant d'une goutte à chaque nouvelle injection jusqu'au maximum de 12 gouttes. Les résultats furent beaux dans certains cas, nuls dans d'autres.

Telles sont les étapes principales du traitement de la sclérose en plaques.

La chirurgie est susceptible d'apporter quelques secours dans le traitement de la sclérose en plaques. Certains auteurs ont préconisé la rhizotomie posté-

rieure dans les états spastiques graves. L'expérience nous montre que les malades atteints de sclérose en plaques supportent en général mal toute intervention chirurgicale (la ponction lombaire déjà leur cause du méningisme beaucoup plus souvent que chez les autres malades) et que la rhizotomie a été presque toujours suivie d'insuccès.

On peut améliorer la vision dans des cas de névrite rétrobulbaire par curettage des sinus sphénoïdaux (cas St... No 6). Le professeur Segura a amélioré la vision de nombreux malades en les soumettant à cette intervention.

⁂

Le traitement de la sclérose en plaques retient donc depuis quelques années déjà l'attention de nombreux neurologistes. Les tentatives faites sont variées, basées sur des idées souvent intéressantes et les plus récentes qu'il faut naturellement se garder de juger encore, sont prometteuses.

Mais quelles que soient les thérapeutiques employées, une considération semble dominer leurs chances d'activité, c'est leur mise en oeuvre précoce. On conçoit en effet qu'une lésion molle non organisée, puisse s'affaisser et disparaître sans laisser de trace importante tandis qu'il apparaîtra sans doute, comme vain, pendant longtemps encore de lutter contre des cicatrices fibreuses lentement constituée en plusieurs zones du névraxe.

Nous ne saurions donc en conséquence clore ces lignes consacrées à la thérapeutique d'une affection sans insister sur l'utilité d'un diagnostic précoce qui permettra de la surprendre à son début. Nous indiquerons plus loin les moyens de ce diagnostic précoce qui constitue par moment un si précieux adjuvant thérapeutique.

CHAPITRE II

Le Phlogétan

a) *Historique.*

Le Phlogétan n'a été apprécié à sa juste valeur qu'assez récemment.

On savait autrefois que des maladies incurables pouvaient être améliorées en provoquant de la fièvre, soit par injection d'albumine ou de substance de même structure physico-chimique, soit par des injections de métaux à l'état colloïdal, la malariathérapie, etc...

En 1923, le professeur O. Fischer de Prague, au cours de ses expériences sur la paralysie générale, remarqua qu'il se produisait une leucocytose après les injections de natrum nucléin (nucléate de soude), et que c'était à cette surproduction d'éléments protéolytiques qu'étaient dues les améliorations sensibles et durables obtenues dans la P.G. Il fut amené à essayer d'autres formes d'albumines, parmi lesquelles le Phlogétan.

Le professeur O. Fischer employa le Phlogétan dans les cas les plus variés, réclamant l'action des protides. Il obtint des résultats impressionnants en neurologie avec les P. G. et les tabétiques avancés, ataxiques; en petite chirurgie, dans les cas d'infections pu-

rulentes (panaris, abcès, phlegmons) et en médecine générale dans des cas aigus de maladies infectieuses où il manque une thérapeutique spécifique (rougeole, scarlatine, etc...), il lui est arrivé à différentes reprises de couper la maladie au début par une seule injection de 3 à 4 cm^3 de Phlogétan.

En 1926, le professeur Barré employa le Phlogétan pour la première fois dans le traitement du tabès.

« Au cours de ces premiers essais, il fut frappé par la dilatation générale des petits vaisseaux qui accompagnaient « la réaction hyperthermique consé-
» cutive à l'injection, il pensa alors qu'une pareille
» augmentation de la circulation dans les vaisseaux
» fins pouvaient se faire dans la profondeur des cen-
» tres nerveux et il projeta dès lors d'essayer l'emploi
» du Phlogétan dans le traitement de la sclérose en
» plaques. Ses premiers essais dans ce sens ne lui don-
» nèrent aucun résultat positif et il aurait abandonné
» ce traitement définitivement s'il n'avait été amené
» à l'employer de nouveau dans des cas très sérieux,
» rebelles à toute médication ordinaire et si en même
» temps l'expérience acquise ne lui avait montré qu'on
» pouvait dépasser de beaucoup les doses initialement
» administrées. » [1]).

b) *Composition chimique.*

Le Phlogétan est un liquide brun-rouge clair, d'une odeur sui généris.

C'est un dérivé des nucléoprotides, extrait des noyaux cellulaires par un procédé spécial du profes-

seur Wichowski, de l'Institut pharmacologique de l'Université allemande de Prague [2]).

Le Phlogétan n'agit ni sur une maladie, ni sur un organe déterminé. Il influence l'organisme en sa totalité et active le fonctionnement de tous les organes.

c) *Emploi du Phlogétan dans la sclérose en plaques.*

Le Phlogétan s'emploie en injections sous cutanées ou intramusculaires.

Le professeur Barré préconise les injections intramusculaires, intrafessières, plus actives. On fait une première injection de 1 cm^3. On continue en faisant une injection tous les 2-3 jours. On alterne avec des injections reconstituantes de cacodylate de soude et d'antasthène, en augmentant avec une progression régulière ou irrégulière d'après les réactions observées. La réaction fébrile atteint souvent 39 et même 40°.

Le dosage de chaque injection doit être trouvé en tâtonnant. Pour chaque individu, elle est différente. chaque malade réagissant suivant son tempérament.

Le professeur Barré à l'encontre du professeur Fischer, donne des doses croissantes de 2, 4, 6, 8 et même 20 cm^3 dans la sclérose en plaques.

---

[1]) Extrait de la communication faite à la séance du 3 novembre 1927 par le professeur Barré, à la Société de Neurologie de Paris.

[2]) Nous ne pouvons pas donner plus de renseignements sur la composition de ce médicament dont le procédé de fabrication n'a pas été publié jusqu'à présent.

Les améliorations se présentent généralement au cours du traitement. Parfois, c'est seulement quelques mois après la première série d'injections que le mieux se fait sentir.

L'amélioration est généralement progressive; parfois, elle n'est que passagère. Il est indiqué d'avoir recours à une seconde série d'injections 3 à 5 mois après la première série quand l'effet a été insuffisant ou que le succès initial ne s'est pas maintenu.

Réactions observées: Chez quelques malades, peu après l'injection, il se produit une congestion de la tête; la face devient rouge foncé. Le malade présente une légère ascension de la température. Cet état peut rester stationnaire pendant 3-4 heures, puis la température augmente peu à peu, atteint au bout d'une à deux heures son point culminant 40-41°. Le malade alors transpire abondamment, se sent très las et faible. La température s'abaisse ensuite progressivement.

Il existe des modalités fort diverses, des variations à l'infini. On pourrait presque dire que chaque malade a son type de réaction particulière. On a pu constater qu'un malade pouvait réagir différemment dans des cures successives.

L'hyperthermie n'est pas indispensable pour obtenir de bons résultats; cependant, quand elle existe, on considère que la réaction est bonne. Chez certains malades ne réagissant pas au Phlogétan, nous avons employé le Dmelcos qui agit plus brutalement; les résultats n'ont pas été aussi bons.

Le professeur Fischer a remarqué qu'avec des doses élevées, on provoque presque toujours une élévation de température, le pouls s'accélère. En même temps, il se produit une leucocytose. Ces phénomènes persistent généralement 1 à 2 jours. Le deuxième ou troisième jour, l'organisme est de nouveau en équilibre. A ce moment, on peut faire alors une nouvelle injection.

Souvent après les injections, se produisent des douleurs lancinantes dans les bras et les jambes, des fourmillements ou bien les douleurs qui existent déjà sont augmentées. Parfois, les douleurs irradient jusqu'aux extrémités des doigts et des orteils. On croit que l'apparition de ces douleurs est due à un processus d'inflammation qui résorbe le tissu de sclérose aux endroits lésés de la moelle.

L'intensité des réactions n'est pas directement proportionnée à la quantité de Phlogétan injectée. Tel individu pourra avoir des réactions très intenses, consécutivement à une injection de 1 cm^3 de Phlogétan: douleurs, transpiration abondante, température 39°, etc... Tel autre ne réagira que peu à 10 cm^3, aura une température maxima de 37,8° et peu de douleurs.

Sous l'influence du Phlogétan, les troubles peuvent être *passagèrement aggravés*. Il n'est pas rare de voir à l'issue d'une cure de Phlogétan, une augmentation des troubles subjectifs et objectifs. Ces phénomènes rétrocèdent au bout d'un à deux mois généralement.

Comment agit le Phlogétan.

1) Le Phlogétan favorise-t-il l'apparition d'une réaction inflammatoire de défense aux endroits lésés; est-il la cause de l'hyperthermie qu'on attribue à la destruction des cellules malades dans la moelle atteinte de sclérose en plaques?

2) Le Phlogétan agit-il par l'hyperleucocytose qu'il produit? Cette hyperleucocytose est-elle susceptible de combattre les agents pathogènes de la sclérose en plaques? Questions non élucidées aujourd'hui.

Contre-indications de l'emploi du Phlogétan.

a) L'expérience a montré que le Phlogétan ne doit pas être employé chez les individus atteints d'une affection cardiaque.

b) chez les tuberculeux pulmonaires, le Phlogétan peut réveiller une tuberculose apparemment guérie et favorise l'éclosion de tuberculose dans un terrain prédisposé. (Nous en avons vu deux exemples à la Clinique).

c) l'existence ou l'apparition d'albumine dans les urines doit interdire ou suspendre le traitement jusqu'à disparition d l'albumine, car le Phlogétan active toute les fonctions de l'organisme et par conséquent peut congestionner les reins.

d) Il faut employer le Phlogétan avec prudence chez les *femmes enceintes;* les statistiques ont confirmé la dangereuse réceptivité créée chez la femme atteinte de sclérose en plaques par la grossesse et les couches. (Cependant nous avons eu deux cas à la cli-

nique neurologique où la grossesse a évolué normalement et où il n'y a pas eu d'accidents au cours ni après le traitement par le Phlogétan). Il faut agir de même avec les sujets présentant une inflammation de la vésicule biliaire, la malaria à l'état latent, ou une infection quelconque.

Il ne faut donc utiliser le Phlogétan qu'après examen complet du malade.

III. OBSERVATIONS.

RÉSULTATS OBTENUS : CAS POSITIFS ET CAS NÉGATIFS.

RÉSUMÉ CLINIQUE DES CAS TRAITÉS PAR LE PHLOGÉTAN.

Observation N° 1

Mme F..., 48 ans, cultivatrice, se fait admettre à la Clinique Neurologique le 18 mai 1927, parce qu'elle éprouve de grandes difficultés de la marche. Elle titube, traîne la jambe gauche. En outre, elle est gênée par une grande maladresse des mains, la droite surtout.

Histoire de la Maladie. — Le début de l'affection remonte à un an et se manifesta par de la faiblesse de la jambe gauche souvent froide et engourdie. Deux mois après, la jambe droite est atteinte. L'équilibre devient mauvais, la malade chancelle, a beaucoup de peine à monter les escaliers, mais n'a que peu de vertiges vrais. Depuis quelques mois, apparaissent des troubles sphinctériens; la malade est obligée d'attendre pour uriner. En avril 1927, elle éprouve des fourmillements dans la main droite.

Examen clinique

Exam. Labyrinthique : bras tendus: droit immobile; gauche, dévie de 2 cm. à gauche.

Romberg : grande instabilité.

Nystagmus : dans le regard direct; o; quelques secousses giratoires vers la gauche.

Examen pyramidal : réflexes tendineux membres inférieurs sont vifs.

Babinski bilatéral.

Manoeuvre de la jambe: + aux 3 temps à gauche et à droite.

CURES

On fait une première série d'injections: 2, 4, 8 cm³ après laquelle on ne note pas d'amélioration.

A partir du 10 septembre deuxième série d'injections.

le 10.9. 1 cm³
12.9. 2 »
14.9. 4 » temp. axil. max. 38°
16.9. 6 » temp. axil. max. 39° 2
18.9. 10 » temp. axil. max. 38° 6 transpiration abondante, pas de douleurs
19.9. 12 » temp. axil. max. 40°.

RÉSULTATS. — On constate une amélioration subjective et objective. La malade trouve que son équilibre est meilleur. Elle ne titube plus. Ses mains se meuvent presque normalement. La vessie fonctionne mieux; la malade n'est plus obligée d'attendre pour uriner.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Stationnaire.

Examen pyramidal. — Babinski bilatéral.

Manoeuvre de la jambre : à gauche 1er temps: chute lente angle 15 à 20, puis arrêt.
à droite 1er temps: négatif.
IIe et IIIe temps : positifs des deux côtés.

En résumé, grande amélioration subjective. Equilibre bien meilleur. Disparition des troubles sphinctériens.

OBSERVATION N° 2

Mlle T..,. 26 ans, admise en juin 1928. La malade, outre les difficultés éprouvées pour marcher vu mauvais équilibre, outre les troubles sphinctériens, ressent des douleurs fulgurantes, au ventre, à la hanche, à la cuisse, pendant très peu de temps, suivies de secousses dans les membres inférieurs.

Histoire de la Maladie. — Début en août 1926, par des sensations de vertiges.

En 1927, après une promenade d'une heure par une forte chaleur, la malade ressent une grande lassitude qui l'oblige à s'arrêter. Après un repos de dix minutes, elle peut reprendre sa marche, mais lentement. Depuis le mois de mars 1928, incertitude de la marche; la malade peut toutefois marcher sans appui, avec une certaine souplesse, mais se fatigue vite. A cette époque, début des troubles sphinctériens: mictions et besoins impérieux pouvant aller jusqu'à l'évacuation involontaire.

Depuis mai 1928, tremble des bras. La malade n'a jamais éprouvé de fourmillements dans les membres. Apparition egalement de troubles visuels.

EXAMEN CLINIQUE

Examen Labyrinthique. — Pas de nystagmus net. Dans le regard direct et dans le regard de convergence, quelques secousses à gauche.

Bras tendus dévient vers la gauche.

Romberg : déviation nette à gauche.

Barany : hyperexcitabilité : nystagmus apparaît après 10 cm^3.

Ex. pyramidal. — Babinski bilatéral.

Manoeuvre de la jambe. Premier temps. Oscillation puis chute des 2 côtés, 2e et 3e temps; + des 2 côtés.

Abolition des réflexes cutanés abdominaux.

CURES

Première cure, juin 1928:

12	1 cm^3 1/2 faible	Réaction nulle
14	2 cm^3 Temp. max. axil.: 37,3	

19	8 cm³	39,3	T. max. axil.
27	8 cm³	39	
30	12 cm³	39,6	
	lendemain	37,5	
5 juillet	8 cm³	39,3	

Résultats. — Après cette cure, l'équilibre est bon même les yeux fermés, la marche est assurée, mais la malade éprouve encore de la difficulté pour descendre les escaliers.

Examen clinique

Examen Labyrinthique

Nystagmus : idem.

Romberg : quelques pulsions vers la droite puis bonne stabilité.

Ex. pyramidal. — Cutanés plantaires: extension des 2 côtés, polycinétique à droite, monocinétique à gauche.

En résumé : Amélioration de l'équilibre, la marche devient assurée. Objectivement, on constate une régression du déficit pyramidal; les phénomènes d'irritation ne sont pas modifiés.

On fait une 2e cure à partir du :

9.6.29. 1 cm³, temp. 37,8° à 17 h. 1/2; rougeur de la face, douleurs dans les membres inférieurs.

11.6.29. 2 cm³, temp. 38,1° à 14 heures; 39 à 17 heures; 38,7° à 18 heures; se sent faible sur les jambes; grande lassitude.

13.6.29. 4 cm³, temp. 38° à 13 heures; 38,7° à partir de 14 heures jusqu'à 19 heures, puis chute progressive; douleurs dans les membres inférieurs, surtout à gauche.

17.6.29. 8 cm³, temp. 38,3°, douleurs dans les membres.

20.6.29. 10 cm³, temp. 38,7° moiteur, douleurs dans les jambes.

21.6.29. fatigue, lassitude générale.

Résultats

Examen labyrinthique. — Bras tendus : idem.

Romberg : impression d'instabilité.

Examen pyramidal. — Cutanés plantaires: Babinski bilatéral.

Manoeuvre de la jambe : I^er^, II^e^, III^e^ temps positifs à gauche.

En résumé. — *Subjectivement* : marche plus aisée, bute moins en marchant, équilibre meilleur; troubles vésicaux intermittents légers;

Objectivement : régression des troubles labyrinthiques, il subsiste une impression d'instabilité au Romberg.

Système pyramidal : Les phénomènes d'irritation persistent.

La manoeuvre de la jambe est encore positive aux 3 temps à gauche.

Observation N° 3

Madame M..., 58 ans, admise à la clinique au début du mois de juin 1927. La malade se plaint de fourmillements et de maladresse des mains, écrit mal, illisiblement. Elle ne peut tourner le regard ni à droite ni à gauche sans perdre l'équilibre. Elle marche en zigzaguant et traîne la jambe gauche.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonte à 1907. A ce moment, elle éprouve des douleurs dans les oreilles et des fourmillements à la main gauche. Lâche les objets fins. Diplopie passagère. Depuis 1919, elle traîne la jambe gauche et se plaint de troubles de l'équilibre.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus très fort dans les 2 regards latéraux.

Bras tendus : écartement des bras et chute.

Romberg : instabilité.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez; maladroit des 2 côtés.

Examen pyramidal. — Type mixte (déficit plus à gauche).

CURES

On fait une première série d'injections:

1.6.27. 5 cm³ fort, 5 cm³ faible, temp. axil. max.: 38,5°
4.6.27. 10 cm³ fort, 10 cm³ faible, temp. axil. max.: 39,5°
5.6.27. Cacodylate, 0,30 gr. temp. axil. max. 38,1°
6.6.27. Cacodylate, 0,30 gr. temp. axil. max. 38,1°
8.6.27. Cacodylate, 0,30 gr. temp. axil. max. 38,7°
9.6.27. temp. axil. max. 38,3°
10.6.27. temp. axil. max. 37,5°

A partir du 12 juin 1927, on fait tous les 2 jours une injection de 2, 3, 6 cm³, 10 cm³, 12 cm³, 15 cm³, 20 cm³ faibles et 5 cm³ forts.

RÉSULTATS. — Ex. clinique : stationnaire.

On note toutefois *une amélioration fonctionnelle nette, un équilibre et un état circulatoire meilleurs.* L'examen clinique montre un statu quo. Une fois de plus, il s'est produit ici une discordance nette entre les troubles subjectifs qui ont considérablement régressé et les troubles objectifs restés stationnaires.

La malade fait une deuxième cure le 8 mai 1928.

L'état est resté stationnaire jusqu'en octobre 1927, puis s'est amélioré. Actuellement, elle peut se mettre debout rapidement. Elle peut très bien regarder de côté sans vertige. La main droite est devenue normale : La malade peut tricoter de la main droite et écrire plus régulièrement.

Plus de sensations de froid aux mains et aux membres inférieurs. Quand les membres se refroidissent, il lui est plus facile de se réchauffer actuellement qu'autrefois. La malade se plaint encore de faiblesse du membre inférieur gauche. Elle peut marcher au bras de son mari 30 minutes environ et même seule, lentement, un petit quart d'heure. La malade soulève mieux les 2 jambes, surtout la droite.

8.5. 2 cm³, temp. axil. max. 36,9°

11.5. 6 cm³, temp. axil. max. 38,1°
14.5. 10 cm³, temp. axil. max. 38,7°
17.5. 15 cm³, temp. axil. max. 38,6°
20.5. 18 cm³, temp. axil. max. 38,7°

Au moment des réactions fébriles, contractions des genoux, en adduction très intense qui durent 2 jours après la dernière piqûre; le lendemain de la piqûre, impression de froid et raideur des membres. Ce n'est que le 3e jour que la circulation devient normale, que la vague de chaleur se prépare et que le mieux apparaît.

Résultats. — A la fin de la seconde cure, la malade marche seule avec une canne, lentement, sans crainte, avec un équilibre suffisant.

La malade fait un troisième séjour à la Clinique à la fin avril 1929. Depuis son dernier séjour, elle se sent plus forte; elle ne marche plus en fauchant comme en juin 1928. Elle éprouve toujours une certaine résistance au départ « pour démarrer ». Parfois, dans la station debout, les jambes se rapprochent en adduction et se croisent.

Elle souffre beaucoup du froid; depuis un mois, la malade ressent des douleurs dans l'aine gauche, intermittentes, plus accusées quand il fait froid.

IIIe cure de Phlogétan

30.4.29. 1/2 cm³, temp. axil. max. 38,3°;

1.5.29. 3 cm³, temp. axil. max. 38,5°, crises de larmes le soir, énervement;

3.5.29. 5 cm³, peu après l'injection, picotements dans les bras, la poitrine, la tête, persistant quelques minutes; à 17 heures, temp. 37,4°; à 21 heures, temp. 38,7°; de 22 à 24 heures, moiteur du visage et douleurs vives dans les cuisses et les genoux. Le lendemain, grande lassitude.

5.5.29. 3 cm³, temp. 38,9°; transpiration abondante, surtout au visage et à la nuque. Irritabilité.

6.5.29. 5 cm³, forts, sensations de brûlures et douleurs très violentes aux membres.

7.5.29. grande lassitude.

10.5.29. 5 cm³ faibles, et 5 cm³ forts, temp. 38,8°; transpire abondamment.

11.5.29. injection de cacodylate : 0,30 gr.

13.5. 29. 10 cm³ forts temp. 39,1° à 19 heures. Lassitude extrême, à partir de 22 heures temp. 38,8°.

14.5.29. temp. 37,5°.

15.5.29. On suspend le Phlogétan, pendant 8 jours, la malade éprouve des malaises. Tête lourde après avoir fait sa toilette.

22.5.29. 5 cm³ faibles, temp. axil. max. 38,5°; douleurs en cercle autour des cuisses. Lassitude extrême.

27.5.29. 10 cm³ faibles; temp. axil. max. 38,8°; douleurs à la nuque, douleurs à l'extrémité des doigts.

28.5.29. temp. axil. max. 37,3°.

29.5.29. Subjectivement la malade trouve sa main droite normale.

Résultats. — L'écriture est bonne. L'équilibre également. La malade marche lentement. Le démarrage est toujours un peu pénible; elle peut faire 500 mètres, s'assied quelques minutes puis se sent capable de reprendre sa marche.

Examen clinique

Examen pyramidal. — Réflexes cutanés plantaires : à droite petite flexion suivie d'extension. Le réflexe une fois déclenché, il y a extension à chaque excitation.
A gauche : extension.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez : atteint le but mais quelques secousses hésitantes avant d'y parvenir, un peu plus à gauche.

En résumé la malade a bénéficié chaque fois des cures de Phlogétan auxquelles elle s'est soumise.

Subjectivement elle constate une amélioration fonctionnelle. Elle peut marcher seule, lentement, en ligne droite alors qu'auparavant, elle marchait en zigzags traînait la jambe gauche.

D'autre part, elle se sent plus habile de ses mains, peut écrire lisiblement, tricoter. Les mains sont chaudes. La malade n'éprouve plus de fourmillements. La circulation par conséquent est meilleure.

Objectivement, les phénomènes de déficit pyramidal sont moins accusés et les troubles labyrinthiques sont en régression.

OBSERVATION N° 4

M. M..., 21 ans, se fait admettre à la Clinique Neurologique le 21 mars 1927. Il se plaint d'engourdissements et de fourmillements dans la jambe gauche et la main gauche surtout; il a l'impression de peau épaissie à tous les doigts. Il est surtout gêné par une fatigabilité anormale de la marche qui l'oblige souvent à s'aliter; il souffre en outre de céphalées et de hoquets fréquents.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonte à quelques mois et s'est manifesté par des troubles de la sensibilité (sensibilité émoussée aux membres supérieurs et inférieurs gauches) et par des troubles de l'équilibre. Depuis 15 jours ne tient pas bien debout, vacille. Pas de troubles sphinctériens.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Nystagmus rotatoire dans les deux regards latéraux.

Bras tendus : dévient à gauche.
Romberg : déviation gauche.

Examen cérébelleux. — Pas de troubles nets.

Examen pyramidal. — Réflexes tendineux vifs.
Manoeuvre de la jambe ébauchée à gauche.

Cures

1re *cure.* — Injections 2, 3, 5, 8, 8, 10, 10, 5, 8 cm3. On fait une injection de Phlogétan tous les deux jours. On alterne avec des injections de cacodylate de soude. La température axillaire maximum est de 38,5°.

Résultats. — Les troubles ont régressé. Le malade dit que son équilibre est presque normal; les troubles de la sensibilité sont devenus insignifiants. Auparavant, on notait une zone de sensibilité émoussée dans le membre supérieur gauche et dans le membre inférieur gauche; actuellement, cette dysesthésie ne persiste qu'aux extrémités des doigts et des orteils.

Le malade quitte la clinique. Il se fait réadmettre le 23 septembre 1927 et on constate les faits suivants :

Le malade se sent notablement amélioré; actuellement, il peut faire 20 à 25 km. à bicyclette sans la moindre fatigue. Les céphalées et le hoquet ont disparu.

Objectivement, on constate :

Examen labyrinthique. — Quelques secousses dans le regard latéral gauche.

Bras tendus : pas de déviation.

Romberg : idem.

Appareil cérébelleux : idem.

Examen pyramidal. — Réflexes tendineux vifs :

Manoeuvre de la jambe négative.

Cutané plantaire : en flexion.

3e *consultation le* 21.11.28.

Le malade se sent plutôt mieux dans l'ensemble. Il a pu suivre ses études et même se surmener. A ce moment, il a senti sa main gauche (impression de sang épais dans toute la main gauche). Bon équilibre, pas de vertiges. Il éprouve parfois après une longue promenade une légère raideur et une fatigue dans le genou gauche.

4° *consultation le* 15.10.29.

Le malade trouve son état stationnaire. Il souffre fréquemment du genou gauche, a l'impression que celui-ci se gonfle après une petite promenade. Lâche les objets avec la main gauche (journal).

En résumé. — *Subjectivement,* le malade constate une régression des troubles fonctionnels; la fatigabilité de la marche a disparu, il peut faire 20 à 25 km. à bicyclette sans la moindre fatigue. Les fourmillements sont devenus beaucoup moins importants et ne persistent que dans la main gauche. L'état circulatoire est par conséquent devenu meilleur.

Objectivement, on constate que les troubles labyrinthiques sont devenues insignifiants et d'autre part qu'il n'y a plus de déficit pyramidal gauche. La manoeuvre de la jambe est devenue négative.

Observation N° 5

Mlle W..., 15 ans. Se fait admettre à la Clinique Neurologique le 22 octobre 1927. Elle éprouve fréquemment des vertiges et se sent faible des 2 jambes, surtout à gauche.

Histoire de la maladie. — Des sensations de vertige se sont déjà manifestées en 1926. En 1927, apparaissent des troubles de la miction qui subsistent actuellement encore. La malade est obligée de pousser pour uriner.

Examen clinique

Lorsque l'on examine la malade au repos, on constate que les membres inférieurs sont en position normale : l'orteil gauche est en extension continuelle. La flexion des orteils est facile, complète mais faible. La force de flexion est diminuée à droite, normale à gauche; le redressement est meilleur au pied droit.

Examen pyramidal. — Manoeuvre de la jambe : des 2 côtés lâchage au 1er temps plus à droite.

Cutané plantaire, droit, au bord externe, extension du gros orteil droit avec petit clonus; au bord interne, flexion.

Cutané plantaire gauche: au bord externe: extension; bord interne flexion franche.

Réflexes abdominaux inférieurs droit diminué; gauche vif;

moyen droit diminué; gauche vif;

supérieur droit douteux; gauche vif.

Tous les réflexes tendineux sont vifs, polycinétiques aux membres inférieurs.

Examen labyrinthique :

Nystagmus : dans le regard latéral droit, horizontal droit très vif.

Dans le regard latéral gauche: très rares secousses. Dans le regard en haut : nystagmus vertical en haut. Bras tendus : chute et déviation gauche. Romberg: instabilité très forte et chute.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez douteux à gauche.

CURES

Première série d'injections à partir du 28 octobre alternées avec des injections de cacodylate de soude à hautes doses à 0,50 gr.

le 28.10. 1/2 cm^3.

le 30.10. 2 cm^3; pendant la journée, la malade éprouve des maux de tête et transpire; temp. axil. max. 37,6°.

le 1.11. 5 cm^3; temp. axil. max. 39,7°.

le 3.11. 8 cm^3; temp. axil. max. 39,4; on note un malaise général.

le 5.11. injection de 10 cm^3; temp. axil. max. 39,7; transpiration abondante, un peu de maux de tête et douleurs dans les membres inférieurs.

Examen clinique

Résultats. — *Examen pyramidal.* — Manoeuvre de la jambe : minime tendance à la déflexion à gauche au premier temps. A droite : négative.

Cutané plantaire: idem.

Réflexes cutanés abdominaux existent à droite et à gauche.

Examen labyrinthique. — Nystagmus : quelques rares secousses 2 ou 3 dans le regard extrême qui deviennent giratoires quand la tête est penchée en arrière.

Pas de nystagmus de convergence.

Epreuve des bras tendus : très légère déviation à gauche.

Vue bonne; règles normales; vessie fonctionne normalement.

On fait une 2e série d'injections à partir du 25.2.28.

25.2. injection 2 cm³; temp. axil. max. 38,3°.

27.2. injection 5 cm³; temp. axil. max. 39°.

28.2. injection 10 cm³; temp. axil. max. 40,1°.

Tous les deux jours, injection reconstituante d'antasthène.

Résultats. — Après ces 3 injections de Phlogétan, bonnes réactions. Pas de fatigue marquée après. Aucune douleur dans les membres.

Examen pyramidal :

Cutanés plantaires: pas d'extension à gauche, même au bord externe: petite tendance à l'extension à droite.

Manoeuvre de la jambe : à droite de petites oscillations fines avec un abaissement très minime au 1er temps. Au 2e temps, flexion nettement moindre à droite. La flexion passive des membres inférieurs est possible jusqu'à la fesse. Pas de douleurs.

Examen labyrinthique.

Romberg : légère instabilité.

Bras tendus : pas de déviation nette.

Réflexes cutanés abdominaux sont très vifs.

En résumé. — Excellents résultats chez un sujet jeune dans une sclérose en plaques au début.

Subjectivement, amélioration fonctionnelle; marche plus aisée, équilibre meilleur. Disparition des troubles sphinctériens.

Objectivement :

1° Régression des troubles labyrinthiques,
légère instabilité au Romberg,
pas de déviation des bras tendus;

2° Régression des phénomènes d'irritation et de déficit pyramidaux,
il ne subsiste plus qu'une tendance à l'extension à droite par grattage du bord externe et un déficit à droite au 1er et au 2e temps de la manoeuvre de la jambe de Barré.

Observation N° 6

M. St..., 20 ans, se fait admettre à la Clinique Neurologique vers le début du mois d'octobre 1926.

Il se plaint de troubles de la marche; au bout d'un quart d'heure de marche, il devient incertain sur ses jambes, accroche un pied à l'autre. S'il se repose un quart d'heure, il peut reprendre sa marche puis le phénomène réapparaît. Il éprouve quelques fourmillements au bout des doigts.

Histoire de l'affection. — Le début de la maladie remonte à 1925. A cette époque, il avait quelques fourmillements au bout des doigts et ne pouvait presque plus écrire de la main droite; cela passa au bout de 2 mois. Actuellement il peut se servir de ses mains, mais le fourmillement persiste à un léger degré.

En août 1927, troubles visuels; depuis novembre 1927, raideur, faiblesse, dérobement du membre inférieur. Après

20 à 30 minutes de marche, l'articulation du coup de pied reste raide; le pied est froid. Depuis un an, vertiges pendant 4 à 5 jours. Aucun trouble sphinctérien.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Pas de nystagmus.

Bras tendus : d'abord pas de déviation, puis déviation légère vers la gauche.

Examen cérébelleux. — Sans particularité.

Examen pyramidal :

Manoeuvre de la jambe : 1er temps : lâchage typique à droite, puis chute progressive assez rapide;

2e et 3e temps : ++ droite.
négative à gauche aux 3 temps.

Réflexes cutanés plantaires : Babinski bilatéral.

Réflexes membres inférieurs: exagérés.

Ponction lombaire. — En position verticale.

Pression initiale: 22 au manomètre de Claude.
Pression finale: 20.
Albumine : 0,30.
Cellules : 1.
BW négatif dans le sang et liquide céphalorachidien.

Examen ophtalmologique :

Oeil gauche : fond s. p. névrite rétrobulbaire;
Oeil droit : trouble du sens chromatique.

CURES

On fait une 1re série d'injections à partir d'octobre 1928 :

Doses : 2, 5, 8, 13 m^3; temp. axil. max. ne dépasse pas 38,5°.

RÉSULTATS. — Le malade se sent amélioré; l'équilibre est meilleur, la marche beaucoup plus facile, n'accroche plus

le sol. Peut marcher 20 minutes. Auparavant pas un quart d'heure et en accrochant.

Le malade se plaint encore de chatouillements et de fourmillements dans les doigts quand il est couché, et de fatigabilité dans la marche. On conseille une 2e cure de Phlogétan faite par le Docteur Guldner.

Lors de la 2e *cure* de Phlogétan, on lui fait 4 piqûres de 4, 7, 9, 11 cm3. Temp. axil. max. ne dépassa pas 38,3°. Presque aussitôt après la piqûre, le malade s'est senti oppressé, avait l'impression que son coeur allait cesser de battre. 2 heures après la piqûre, la jambe droite était plus lourde et raide.

Résultats. — Le malade trouve que sa marche est meilleure; peut marcher trois quarts d'heure sans fatigue. Sa mère remarque que les chaussures ne sont plus aussi usées qu'autrefois, qu'il soulève mieux les pieds en marchant. Depuis l'intervention au niveau du sinus (par le Professeur Ségura), la vision s'est bien améliorée.

Examen labyrinthique. — Oscillation moindre au Romberg.

Examen pyramidal :

Manoeuvre de la jambe : 1er temps : négatif;
2e et 3e temps: positif, léger à droite.

Réflexes cutanés plantaires: Babinski bilatéral.

3e *cure en novembre* 1929.

Première injection, 3 cm3; temp. axil. max. 39,4°; transpiration abondante, lassitude extrême.

2e injection : 5 cm3 : peu de fièvre, beaucoup de fatigue.

3e injection : 7 cm3 : temp. axil. max. 38,4°; réflexes exagérés.

Quand le malade soulève la jambe pour marcher, projection involontaire de la jambe en avant, particulièrement sensible lorsque le malade passe de la station assise à la station debout et chaque fois qu'il change de position et passe d'une atmosphère chaude à une atmosphère froide. En

même temps, crispation dans les membres supérieurs survenant quand le malade veut écrire.

Ces phénomènes ont persisté jusqu'à la fin de la série des piqûres. Grande lassitude générale immédiatement après. Le malade est obligé d'attendre quelques secondes pour uriner.

Résultats. — M. S... a passé ses vacances de Noël au Luxembourg; a marché jusqu'à 2 heures par jour. A été au bal, a dansé jusqu'à 3 heures du matin. Trouve que sa vision est meilleure, a l'impression qu'il voit presque aussi bien d'un oeil que de l'autre. Peut marcher beaucoup plus longuement qu'autrefois sans être fatigué. Il fatigue seulement quand il marche vite. Il peut marcher sans aucune aide et très bien pendant une demi-heure. Au bout de trois quarts d'heure, a besoin d'un appui. Actuellement, n'est plus obligé d'attendre pour uriner.

En résumé. — Grande amélioration fonctionnelle, diminution de la fatigabilité de la marche et amélioration de l'équilibre. La marche est plus assurée. Il n'accroche plus en marchant, la raideur du membre inférieur a disparu. Il n'a plus de dérobement du membre inférieur. Objectivement, on constate une régression du phénomène de déficit pyramidal et une régression des troubles labyrinthiques.

Subjectivement, la vision est meilleure.

Oservation N° 7

Mlle Th..., 42 ans. Admise à la Clinique Neurologique au début du mois de juin 1929, pour troubles vestibulo-pyramidaux-cérébelleux. La malade marche seule à petits pas en regardant le sol et en écartant les jambes de 30 à 40 cm. Elle peut garder l'équilibre les yeux ouverts.

Histoire de la maladie. — La maladie remonte à septembre 1918. La malade se plaint d'insomnies, a des idées fixes, des scrupules religieux, se sent affreusement triste. A des troubles visuels : vision indistincte, nuageuse.

Elle a les jambes molles, de la difficulté à se tenir debout et dans la journée la démarche est ralentie et incertaine.

La malade souffre beaucoup moralement. Le mieux alla en s'accentuant quand elle eut retrouvé son activité coutumière. Une amélioration sérieuse s'ensuivit au point qu'il lui fut possible, après un congé d'un an, de reprendre un poste dans l'enseignement.

En octobre 1920, elle éprouve une fatigue insurmontable dès la reprise des cours.

Lourdeur dans la jambe gauche rendant de plus en plus difficile une marche normale avec d'autres personnes. Des troubles sphinctériens apparaissent; elle est obligée de pousser pour uriner.

De 1922 à 1925, difficultés grandissantes pour se tenir debout et pour changer de direction brusquement (titubations). La lourdeur de la jambe gauche s'accuse de plus en plus.

En octobre 1926, la jambe droite se raidit à son tour. La marche devient de plus en plus pénible. Les troubles de la vision s'accentuent. La vision de l'oeil droit s'affaiblit à son tour. Le globe de l'oeil devient douloureux à la pression et donne une sensation de meurtrissure, surtout le matin au réveil. De janvier 1927 à mars 1928, son état l'oblige à cesser tout travail. Les membres inférieurs sont douloureux; sensation de tension depuis la partie postérieure de la cuisse jusqu'à l'extrémité du pied.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus vers la gauche; vers la droite quelques secousses brusques bien séparées.

Romberg : oscillation en tous sens, chute.

Bras tendus : chute légère, à droite surtout.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez : à gauche et à droite incorrect, touche joue opposée.

Examen pyramidal. — Cutané plantaire droit: Au bord interne: seuil élevé, flexion de tous, extension secondaire

du gros orteil. Au bord externe, extension de tous. A gauche, extension à toutes les excitations aux bords interne et externe.

Des douleurs dans le quadriceps empêchent de faire la manoeuvre de la jambe complète. Peut tenir assez longtemps à droite et à gauche.

CURES

On fait une première cure:

15.10.28. 2 cm³ 1/2; temp. axil. max. 37,6°.
16.10.28. 5 cm³; temp. axil. max. 38,4°.
17.10.28. cacodylate de soude 0,50 gr.
18.10.28. 8 cm³; temp. axil. max. 37,8°.
19.10.28. cacodylate de soude 0,30 gr.
20.10.28. 10 cm³; temp. axil. max. 37,8°
22.10.28. 12 cm³; temp. axil. max. 38,5°
24.10.28. 10 cm³; temp. axil. max. 38,6°
25.26.27. cacodylate de soude 3 fois 0,30 gr.
28.6. 10 cm³ forts; 5 cm³ faibles.
29.30.31. cacodylate de soude 0,30 gr.
1.7. 17 cm³ forts; temp. 38,1°.

RÉSULTATS. — La malade quitte la clinique et y revient le 16 juin 1929. Elle ne peut se tenir debout que difficilement. Vacille sur les jambes et tombe facilement en avant, en se baissant. La vision est un peu meilleure que précédemment. La raideur dans les membres inférieurs est très accusée surtout à gauche. Les troubles sphinctériens persistent, la malade est obligée d'attendre pour uriner. Parfois elle ne peut retenir les urines. Constipation opiniâtre. Elle est obligée de prendre des laxatifs violents pour aller à la selle.

Les résultats de cette première cure sont médiocres. La malade se sent très peu améliorée subjectivement. Objectivement, l'état reste stationnaire.

2e *cure :*

15.6.29. 1 cm³; temp. axil. max. 37,5°; douleurs vives aux genoux.

16.6.29. 2 cm³; temp. axil. max. 38°; transpiration abondante; maux de tête; difficultés pour se mouvoir; abattement.

20.6.29. 5 cm³; temp. axil. max. 38,1°; peu de douleurs.

22.5.29. 7 cm³; temp. axil. max. 38,3; douleurs au cou de pied droit; transpiration; moiteur.

Résultats. — Après cette deuxième cure, la malade se sent toujours aussi raide. La station debout est difficile. Les douleurs sont beaucoup plus insupportables. Elle trouve que la vision est meilleure. Elle urine plus facilement et plus abondamment.

En résumé, la malade se sent un peu améliorée. Elle souffre moins; les troubles sphinctériens sont moins importants. Cliniquement état presque stationnaire.

Observation N° 8

Mlle N... Marthe, 25 ans, se présente à la Clinique Neurologique, à la fin du mois d'octobre 1925, pour des troubles pyramidaux, cérébelleux et labyrinthiques associés à des modifications de la sensibilité tactile et stéréognosique.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonte à 1919 où elle sentait pendant 4 semaines des fourmillements dans les doigts et des difficultés de faire des actes délicats. L'année suivante, mêmes sensations aux membres inférieurs.

En 1923, faiblesse dans les membres inférieurs, diplopie et troubles sphinctériens. Depuis, elle a eu des périodes de mieux et d'aggravation jusqu'en 1925 où les troubles s'accentuent; elle cesse tout travail.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus : dans les regards latéraux.

Bras tendus : déviation à gauche 3 cm.

Romberg : déviation à gauche.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez incorrect à droite et à gauche.

Examen pyramidal. — Réfl. tendineux : polycinétiques aux membres inférieurs.

Cutanés plantaires : en extension des 2 côtés.

Cures

Admise à la clinique au début de décembre 1925, on fait une série d'injections de Phlogétan, combinée avec des injections de cacodylate à haute dose (0,50 gr.).

Examen clinique

Voici les améliorations constatées :

9.12.25. Immédiatement après 2 cm³ de Phlogétan, intramusculaire, rougeur intense de la face et accélération du pouls avec frissons, sans élévation de la température. A 4 heures de l'après-midi, temp. à 37,8°; grande courbature.

11.12.25 Mêmes phénomènes après 3 cm³. Dix minutes après l'injection, impression que les membres deviennent plus souples et que la sensibilité est moins émoussée.

12.12.25. La sensibilité va nettement mieux : la malade reconnaît bien le canif, l'épingle, etc.

16.12.25. Beaucoup de douleurs aux membres (surtout à gauche). Après l'injection de 5 cm³ et de 7 cm³, temp. à 41,1° le 18.12.

19.12.25. Les mouvements sont plus adroits; la malade peut couper les ongles avec la main gauche.

21.12.25. La malade commence à faire la natte (ce qui était impossible depuis longtemps) et à écrire mieux. Injection de Phlogétan 8 cm³.

22.12.25. Se sent beaucoup plus souple : exécute facilement les travaux de minutie; la stéréognosie est tout à fait normale.

3. 1.26. La sensation de membres gantés n'existe à peine qu'au bout des doigts.

4. 1.26. Immédiatement après l'injection de 16 cm^3, la malade est rouge au niveau de tout le corps, elle tousse et sent des démangeaisons partout.

Résultats. — La malade est nettement améliorée; l'équilibre va mieux; peut bien se tenir debout les yeux fermés. Se sent souple; la sensibilité est normale. Les troubles sphinctériens ont disparu.

Examen labyrinthique. — Nystagmus : à peine quelques secousses à droite.

Bras tendus : déviation à gauche 2 cm.

Romberg : légère déviation à gauche.

Examen cérébelleux. — Presque correct.

Examen pyramidal. — Réflexes tendineux polycinétiques aux membres inférieurs.

Manoeuvre de la jambe : idem.

Réflexes cutanés plantaires : positif à gauche, douteux à droite.

La malade examinée un mois après sa sortie de l'hôpital garde toujours son état d'amélioration.

Observations N° 9

W... Louise, 36 ans, vient en consultation le 28.9.26. Elle se plaint de bourdonnements d'oreilles, de vertiges pendant la marche. Elle a l'impression que le sol se dérobe sous elle et parfois quand elle marche, elle a une sensation de mobilité du sol, de tapis roulant. Se plaint aussi de céphalées. Ne sent pas bien les objets, les laisse tomber de la main

droite. La malade dit que son membre supérieur droit lui paraît insensible; elle ne sait plus ce qu'elle a en main.

Histoire de la maladie. — Depuis février 1926, la malade se plaint de faiblesse dans les deux jambes. Le matin au réveil et le soir, elle éprouve des vertiges et des céphalées fréquentes. N'a aucun trouble sphinctérien.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique.

Pas de nystagmus.

Examen labyrinthique.

Bras tendus: normaux.

Romberg : instabilité légère.

Cervelet : s. p.

Examen pyramidal. — Réflexes tendineux du membre inférieur: vifs; ni polycinétisme, ni clonus.

Manoeuvre de la jambe : normale.

Réflexes cutanés plantaires: par excitation bord externe généralement immobilité, parfois flexion ébauchée.

Réflexes cutanés abdominaux: positifs.

Ponction lombaire.

En position verticale. Pression initiale 20 au manomètre de Claude.

» finale 13

Cellules : 0.

Alb. : 0,22.

B.-W.: négatif dans le sang et le liquide céphalo rachidien. Benjoin normal.

Examen ophtalmologique. — Oeil droit névrite rétrobulbaire et scotome central.

CURES

On fait une première série d'injections.

18/1/27 Injection 2 cm³ — aucune réaction
19/ » Injection 4 cm³ » »
20/ » Injection 10 cm³ » »
21/ » Injection 20 cm³ temp. axil. max.: 39,3° — aucun autre symptôme.
22/ » Injection de cacodylate de soude 0,20 gr.
24/ » Injection 20 cm³ à 18 heures, temp. 39,2°. Pas d'autres symptômes.
26/ » Injection de novar. 0.15 gr.

Résultats. — L'état de la malade est resté stationnaire. Quitte la clinique le 27.1.27.

La malade revient le 24.3.27 pour se faire examiner. Elle se plaint encore de bourdonnements d'oreille des deux côtés; elle a parfois des sensations de fourmillements dans la tête; elle voit mal de l'oeil droit. La malade a souvent des vertiges, surtout le matin: sensation de chute en avant. Parfois elle éprouve une impression d'ébriété. Titube. Se plaint en outre de troubles sensitifs; douleurs, tiraillements et brûlures aux membres supérieurs. Brûlures à la langue comme il y a trois mois. Pas de troubles sphinctériens. En résumé: Etat resté sensiblement stationnaire.

Observation N° 10

Madame E... Emilie, 34 ans, admise à la clinique le 4 avril 1923. Sa démarche est incertaine, la malade chancelle tantôt vers la droite, tantôt vers la gauche; elle ne peut se tourner rapidement sans perdre l'équilibre. Les mictions sont parfois impérieuses. En outre, elle éprouve des vertiges vrais.

Histoire de la maladie. — En 1920, la malade se plaint de difficultés dans la marche qui devient incertaine; elle éprouve des engourdissements des jambes; elle titube tantôt à droite, tantôt à gauche, surtout lorsqu'elle est fatiguée.

En décembre 1922, elle ressent une raideur dans les jambes, surtout dans les genoux, qui s'accuse pendant la marche et devient telle que la malade ne peut plus avancer. Elle éprouve également un engourdissement des mains.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique.

Pas de nystagmus.

Romberg : oscillations en tous sens, suivies de chute en arrière.

Bras tendus: s. p.

Examen cérébelleux. — Doigts au nez et Marionnettes, s. p.

Examen pyramidal.— Manoeuvre de la jambe: 1er *temps:* laisse tomber après quelques secondes les deux jambres. — 2e *temps :* flexion gauche peut-être moindre.

Réflexes cutanés plantaires : Babinski bilatéral.

Lors de ce premier séjour, on lui fait des injections de novarsénobenzol.

La malade est réadmise à la Clinique le 6 novembre 1928. Elle se plaint de ne pas pouvoir marcher; dès qu'elle se lève, elle se sent raide; elle marche cependant si on la soutient ou se tient elle-même après les murs, mais elle tombe parfois par manque d'équilibre. Elle se sent faible dans les membres inférieurs.

Elle éprouve des troubles sphinctériens; doit pousser beaucoup pour uriner. Parfois, besoins impérieux d'uriner et mictions involontaires. Elle est obligée de pousser pour la défécation. Souvent, incontinence si elle ne va pas à la selle.

Elle se plaint également de maladresse des doigts. Elle ne peut tenir une aiguille pour coudre ni boutonner une chemise, ni écrire aussi facilement qu'autrefois. L'écriture est tremblée. Elle a de la peine à porter une cuillère à la bouche. La malade note une fatigue particulière des membres supérieurs quand elle a travaillé quelque peu.

Psychisme: certaine tendance à la mélancolie. Pleure facilement.

Cures

On fait une première série d'injections de Phlogétan.

8/11/28	1 cm³ de Phlogétan		
9/ »	2 »	»	temp. axil. max.: 36,9°
12/ »	5 »	»	» 37,4°
16/ »	10 »	»	» 38,6°
17/ »	Pas d'injections		» 40,2°
18/ »	»		» 40°
			37° le matin.
19/ »	»		temp. axil. max.: 37,2°
26/ »	12 cm³		» 37,9°
27/ »	au matin : température 37° — soir : 38°		
28/ »	au matin : température 36,2°		

Résultats. — Il ne s'est pas produit d'amélioration après la cure.

La malade est réadmise à nouveau à la Clinique le 23 janvier 1929.

L'état de la malade a légèrement empiré depuis sa sortie de l'hôpital, le 11 décembre 1928, en ce sens qu'elle ne peut absolument plus marcher seule. A sa sortie, elle réussissait quelquefois à faire un trajet de 4 mètres sans appui. Ce qui lui est devenu maintenant tout à fait impossible.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Dans la position extrême gauche, nystagmus vers la gauche petit, 2 secousses par seconde environ.

Dans la position extrême droite, nystagmus petit mais plus rapide.

Dans le regard vers le haut, nystagmus tantôt vers la droite, tantôt vers la gauche difficile à déterminer.

Bras tendus: chute; pas de dévation évidente. Tombent en 10 sec. de 8 cm. à droite, de 5 cm. à gauche.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez: nettement mauvais du côté droit. Quelques secousses avant l'arrivée au but et celui-ci est fréquemment manqué (à 2 cm.). Du côté gauche, le but est généralement atteint (tremblement au but).

Marionnettes: lentes.

Examen pyramidal. — Réflexes cutanés plantaires : extension bilatérale aux bords int. et ext.

Réflexes abdominaux: supérieur gauche existe, les autres abolis.

En résumé, l'état de la malade s'est aggravé. Il n'y a eu aucune modification tant subjective qu'objective consécutivement au traitement par le Phlogétan.

Observation N° 11

W... Marius, 23 ans. Admis à la Clinique Neurologique le 9 février 1927.

Depuis 1918, il ne peut plus faire de sports (ni tennis ni football).

Le malade fait un premier séjour à la clinique en 1922. On constate une démarche chancelante. L'obscurité augmente considérablement les troubles. Il ne sent subjectivement pas de perte d'équilibre, mais donne l'impression de tituber à son entourage et en est fort gêné. A bicyclette, roule vite. La marche lente à bicyclette et à pied lui est très pénible. Il a la parole empâtée.

Histoire de la maladie. — L'affection remonte à 1917. A ce moment il a été surpris de ne plus pouvoir longer tout droit le bord d'un trottoir. A l'âge de 16-17 ans, il remarque

qu'il a toujours été nul pour les exercices d'équilibre; il laissait de tout temps facilement tomber les objets de la main.

A 19 ans, des troubles de la parole se manifestent et vont en s'accusant, progressivement.

Le malade revient à la clinique en 1927. Il trouve son état aggravé. Il marche moins droit, tantôt poussé à gauche tantôt à droite. La démarche est légèrement spasmodique; il traîne un peu les jambes. Le malade a lui-même l'impression de s'accrocher au sol.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Nystagmus horizontal dans le regard extrême et dans le regard de latéralité gauche et droit.

Dans le regard de convergence, il semble que le nystagmus batte vers la gauche. Dans le regard à droite, nystagmus horizontal très rapide.

Bras tendus : au bout de très peu de temps, les membres changent de position; on constate une instabilité des deux bras qui dévient soit dans un sens soit dans un autre; il n'y a pas de déviation nette. Pas de chute des bras.

Romberg : tantôt pulsion gauche, tantôt pulsion droite.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez: mouvements saccadés plus à droite.

Examen pyramidal

Cutanés plantaires : à droite extension du gros orteil par excitation transversale de la plante du pied.
à gauche extension au bord externe.

Manoeuvre de la jambe : inclinaison des jambes à droite — pas de chute.
2e et 3e temps négatif.

CURES

On fait une première série d'injections de Phlogétan à partir du 17 septembre 1927.

17/9	1 cm³	temp. axil. max.: 36,8°	
18/9	3 »	» 36,5°	douleurs dans le dos
20/9	6 »	» 38,3°	
22/9	8 »	» 39°	
23/9		» 38,5°	
24/9	temp. axil. max.: 37,7°		
25/9	» 37,2°		
26/9	» 36,8°		

Résultats. — Vers la fin septembre 1927, le malade quitte la clinique avec très peu d'amélioration.

Vers fin octobre 1927, il va moins bien; il va au théâtre avec sa mère; ne peut presque pas rentrer; l'équilibre est mauvais et la faiblesse très grande. Le lendemain, il se lève, se trouvant beaucoup mieux. L'équilibre est bon; la marche devient bien meilleure. Physiquement il n'est pas encore très fort et se plaint encore de quelques douleurs dans la cuisse droite. Il se sent plus léger.

Examen clinique

Examen labyrinthique.— Marche en ligne presque droite.

Romberg : yeux fermés, légère instabilité; ne tombe plus.

Petit nystagmus dans les regards latéraux.

Examen cérébelleux:

Doigt au nez : à droite, le mouvement est légèrement saccadé; à gauche, la maladresse est plus grande; il esquisse plusieurs mouvements d'oscillations avant d'atteindre le but.

Examen pyramidal : même état que précédemment.

En résumé les résultats obtenus ne se sont manifestés qu'un mois et demi après la cure. De septembre à octobre 1927, il s'est produit une aggravation passagère de l'état du malade.

Puis il s'est produit une grande amélioration. La marche

est devenue facile. L'équilibre est bon. Le malade marche en ligne presque droite.

Objectivement, on constate une régression considérable des troubles labyrinthiques: Au Romberg, on ne constate plus qu'une légère instabilité. Il subsiste du nystagmus aux regards latéraux.

Les troubles cérébelleux sont stationnaires.

L'examen pyramidal est sensiblement pareil au précédent.

OBSERVATION N° 12

Madame S..., 30 ans.

Histoire de la maladie. — Il s'agit d'une malade chez qui les troubles se sont manifestés nettement après le premier accouchement en 1925 et qui avait toujours été en bonne santé auparavant.

Les troubles ont débuté par des fourmillements dans la main gauche, du lâchage des objets. A ce moment, la malade se plaint également d'une grande lassitude dans les membres inférieurs. La malade traîne la jambe droite. Depuis la naissance de l'enfant, besoin d'uriner impérieux. Lâche quelquefois quelques gouttes d'urine.

Quelques temps avant l'accouchement, la malade a l'impression de perdre l'équilibre. Après l'accouchement, il se produit une régression, puis une reprise de ces troubles.

En avril 1927, au moment où on l'examine, la malade est grabataire.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Nystagmus: horizontal giratoire dans le regard gauche.

A la convergence quelques secousses de Nystagmus vers la droite.

Romberg : impossible.

Bras tendus : le bras tendu droit dévie à gauche, le bras gauche tombe et dévie obliquement à gauche. Pour le bras droit, à noter aussi chute verticale légère avec petite tendance à dévier vers la gauche.

Examen pyramidal. — Réflexes abdominaux: nettement diminués à gauche. A droite, Abdominal droit inférieur faible.

Extension des orteils : très vive à droite et à gauche.

Manoeuvre de la jambe positive à droite, à gauche douteuse.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez: quelques hésitations au début de l'épreuve des 2 côtés.

Marionnettes, renversement corrects.

Forte constipation depuis 3 semaines. Il faut faire tous les jours un lavement pour avoir une selle.

Cures

Première cure en avril 1927. On constate une amélioration considérable qui a commencé à se manifester 3 mois après la cure.

En juillet, la malade éprouve encore des engourdissements dans le bout du pied gauche qui disparaissent au bout d'un mois.

La malade marche beaucoup mieux, ne traîne plus la jambe droite. La fatigue est moindre et elle n'a plus cette lassitude extrême dans les membres inférieurs. La station debout est meilleure.

La malade éprouve toujours des fourmillements à la main gauche, particulièrement quand elle pose la main gauche dans la même position. La force est redevenue bonne et elle peut maintenir les bras tendus. Le bras gauche dévie encore un peu vers la gauche, mais beaucoup moins qu'autrefois et la chute du bras gauche ne se produit plus.

La malade est moins constipée. Les urines sont normalement émises, alors que depuis la naissance de l'enfant, la malade éprouvait des besoins impérieux d'uriner et lâchait quelques gouttes d'urine.

La malade fait une *deuxième cure* du 7 au 16.11.27. Les réactions thermiques sont modérées. La temp. axil. maxima obtenue est au voisinage de 38,2°, mais la malade éprouve au cours de la cure des douleurs vives dans les membres et des fourmillements dans les mains.

Subjectivement, la malade constate qu'elle éprouve moins de fourmillements à la main gauche. Objectivement, on constate une régression légère des phénomènes d'irritation et de déficit pyramidaux. La manoeuvre de la jambe n'est plus douteuse à gauche, elle est négative. L'extension de l'orteil est moins brusque et monocinétique à droite.

D'autre part, on constate une réapparition des réflexes abdominaux.

La malade fait une *troisième cure en janvier-février* 1928. Après cette cure, la malade ressent une grande amélioration. Elle peut courir et monter vite les escaliers sans appui Après une heure de marche, elle traîne la jambe et éprouve une certaine raideur du membre inférieur droit. Pas de déviation des bras tendus. Fil à plomb normal. Romberg un peu oscillant. Elle se trouve particulièrement bien pendant les règles. Elle a moins d'assurance pendant la période qui précède les règles.

La malade fait une *quatrième cure en juin-juillet* 1928. *Réactions thermiques plutôt faibles.*

Subjectivement la malade se sent un peu moins bien immédiatement après la série d'injections.

Objectivement:

Examen labyrinthique. — Romberg : petites oscillations.

Bras tendus: pas de déviation, mais abaissement léger du bras gauche.

Nystagmus irrégulier. Quelques secousses tantôt vers la droite, tantôt vers la gauche.

Examen pyramidal. — Réflexes cutanés plantaires, extension polycin. des deux côtés.

Manoeuvre de la jambe: positive à droite aux 3 temps.

Objectivement: les troubles pyramidaux semblent plus accusés.

La malade revient à la clinique le 30 *octobre* 1928.

Une aggravation légère des troubles s'est produite depuis le dernier jour.

La malade fait une cinquième cure de Phlogétan. Les réactions thermiques ne dépassent pas 38,2°.

Un mois après cette dernière cure, la malade se trouve assez mal, a beaucoup plus de vertiges. Elle éprouve toujours des fourmillements dans la main gauche.

Après une *sixième cure*, on n'obtient pas les bénéfices attendus. On ordonne à la malade au départ de la Kola et des glycérophosphates pour stimuler l'état général.

En résumé: La malade a retiré un grand bénéfice du traitement par le Phlogétan. En avril 1927, elle est arrivée à la clinique neurologique *grabataire*. A la fin de la sixième cure en 1929 la malade marche seule, sans aide. L'équilibre est bon. Les fourmillements persistent dans la main gauche.

A l'examen chimique les troubles pyramidaux restent stationnaires. On constate une atténuation des troubles vestibulaires. Les troubles sphinctériens ont disparu.

Observation N° 13

Monsieur W..., 38 ans, admis à la Clinique Neurologique le 22 *juin* 1927.

Le malade a l'équilibre très troublé dans les mouvements et dans la marche. La sensibilité est émoussée dans les mains; il ne peut pas sentir les objet qu'il tient. Il marche en titubant et se sent vite fatigué.

Il se plaint de troubles sphinctériens: la nuit, il est obligé d'attendre jusqu'à 4 minutes pour uriner.

Histoire de la maladie. — L'affection remonte à 1922 et débuta par des phénomènes gastro-intestinaux, des vertiges

et titubation. Pas de diplopie. Dans la marche, le malade est obligé de diriger son regard devant lui pour ne pas tomber.

Ces troubles persistent 8 semaines, puis l'état s'améliore et le malade se trouve à même de reprendre son travail.

En 1923 il ressent une faiblesse dans les membres inférieurs, surtout à gauche. Il marche en traînant la jambe. 10 mois après, il ne peut plus du tout marcher. Cure sanatoriale pendant 5 mois. Rentre après chez lui. En 1925, il commence à marcher un peu et son état s'améliore.

Depuis 4 ans, il ne peut pas prendre d'aliments liquides parce qu'ils refluent par le nez. Depuis l'automne dernier, il peut de nouveau boire quoiqu'il ait encore un léger trouble. Cette amélioration marche de pair avec celle des membres inférieurs.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique:

Nystagmus : dans le regard direct : O.
dans le regard latéral droit : secousses horizontales rapides; latéral gauche : idem; dans le regard de convergence: nystagmus vertical et légèrement oblique à droite.

Bras tendus: déviation droite.

Romberg : oscillations de tous les côtés.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez: incorrect à droite et à gauche.

Examen pyramidal. — Réflexes tendineux polycinétiques.

Cutanés plantaires : Babinski bilatéral.

Manoeuvre de la jambe: positive à droite et à gauche.

Réflexes cutanés abdominaux existent à droite, sont diminués à gauche.

CURES

On fait une première série d'injections : 5, 9, 12, 15, 18 cm^3 temp. axil. max. 38,6°.

Résultats. — L'équilibre est meilleur. Le malade sent tous les objets qu'il tient. La marche est beaucoup plus facile, il peut faire 10 km. sans se fatiguer. Il se trouve plus fort dans le membre inférieur gauche. Il a moins souvent besoin de canne pour marcher. La marche est légèrement spasmodique.

Objectivement, on constate:

une régression importante des phénomènes d'irritation et de déficit pyramidaux. La manoeuvre de la jambe est devenue négative à droite. A gauche, le premier et deuxième temps sont négatifs, le troisième temps positif léger. Les temps cérébelleux ont disparu. Plus aucun trouble sphinctérien.

Observation N° 14

Madame N..., 42 ans. Admise à la clinique le 16 septembre 1929, pour difficultés de la marche; traîne la jambe gauche. Se plaint de maladresse dans les doigts de la main gauche.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie remonte à 5 *ans.* A cette époque la malade remarque qu'elle a de la difficulté à faire un paquet. Elle se sent maladroite et laisse échapper la ficelle. Elle a l'impression d'avoir des durillons aux 4 derniers doigts de la main gauche.

Elle est *gênée* pour la *marche depuis trois ans;* elle remarque qu'elle fait de la poussière avec le bout du pied gauche et heurte les cailloux. Depuis 2 ans, elle accroche le pavé à plusieurs reprises et tombe.

Quand elle descend les escaliers et qu'elle est lasse, elle a parfois peur de tomber. Après surmenage, elle ne tient plus sur ses jambes; peut monter les escaliers en se maintenant à la rampe.

La malade a des troubles sphinctériens légers. Elle est parfois obligée d'attendre un peu pour uriner. Les mictions ne sont jamais impérieuses.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Pas de nystagmus.

Romberg : Pulsion vers la gauche.

Bras tendus : bras droit dévie à droite. Chute légère du bras gauche.

Examen cérébelleux. — Sans particularités.

Examen pyramidal. — Cutanés plantaires. Extension de tous les orteils aux bords interne et externe.

Manoeuvre de la jambe ++ gauche aux 1er et 2e temps, positif léger au 3e temps.

Cures

On fait une première série d'injections.

18.9.29. 1/2 cm3 Dmelcos intraveineux à 9 h. 30 du matin. 1 h. 30 après, frissons assez violents et impression de chaleur dans tout le corps. S'est sentie très raide dans la jambe gauche. Cette impression a persisté une bonne partie de la nuit. Fortes céphalées frontales. A senti la main gauche froide et lourde; pollakiurie.

19.9. très grande lassitude.

20.9. 3/4 Dmelcos intraveineux. Temp. axil. max. 39°. 2 heures après l'administration du médicament, frissons pendant 1/4 d'heure, bras gauche raide. Tremblement des jambes. N'a pas transpiré comme après la première injection.

22.9. *Phlogétan* 3 cm3 faibles, temp. 37°.

Résultats. — *La malade* quitte la Clinique et y revient le 7.12.29.

Tout de suite après le premier séjour, la malade a ressenti une amélioration très sensible, très nette, un réel bien-être pendant 10 jours. Elle avait l'impression de ne plus être malade tant la marche s'était améliorée. Actuellement, la malade dit qu'elle peut marcher beaucoup mieux; elle ne traîne plus la jambe gauche comme précédemment, monte les escaliers plus facilement. Des troubles sphinctériens légers

persistent. Elle est obligée d'attendre quelques secondes pour uriner.

Elle a toujours l'impression d'avoir des durillons aux 4 derniers doigts de la main gauche. La malade dit qu'elle s'est habituée à ces sensations et que cela ne la gêne plus.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus. Romberg idem.

Bras tendus : bras droit immobile, chute du bras gauche.

Examen pyramidal. — Cutanés plantaires : Babinski bilatéral.

On commence une deuxième cure:

7.12.29. Dmelcos 2/10 de cm³. Peu après l'injection, la malade a des maux de tête et très chaud à la tête. A simultanément très froid aux jambes, ressent des douleurs dans la région lombaire et des courbatures. Quand elle s'est levée pour uriner, la jambe gauche était raide, elle ne pouvait plus la fléchir. Temp. axil. max. 39,2°.

10.12. 3/10 de cm³ Dmelcos. temp. axil. max. 37,7°. Mouvements involontaires de flexion de la jambe gauche sur la cuisse gauche.

15.12. 4/10 de cm³ Dmelcos, temp. axil. max. 39°. Impression que les nerfs étaient noués, douleurs dans l'omoplate gauche, puis droite. Engourdissement de la main gauche. Transpiration abondante de tout le corps. A dû changer de chemise à deux reprises.

18.12. 6/10 de cm³ Dmelcos, temp. axil. max. 39,2°. Ne pouvait plus bouger les orteils ni à droite ni à gauche. Douleurs dans les épaules. Engourdissement des mains. Peu de maux de tête.

Résultats — La malade se sent subjectivement moins bien. Trouve qu'elle traîne la jambe gauche de nouveau et qu'elle a de la peine à la soulever.

Manoeuvre de la jambe: à gauche lâchage immédiat 3 cm. et

chute 10 cm.; à droite: oscillation puis chute légère 3 cm.;

au 2e temps : à gauche attire à 90 angle droit — à droite : déficit.

au 3e temps : résistance diminuée surtout à gauche.

En résumé, *après la première cure,* la malade a retiré de grands bénéfices. Elle a constaté qu'elle ne traînait plus la jambe gauche, qu'elle pouvait circuler, descendre les escaliers plus aisément.

Objectivement, l'examen pyramidal est sensiblement identique au précédent pour les membres inférieurs: pour les membres supérieurs, on note que la chute du bras gauche est moindre.

Immédiatement après la deuxième cure: la malade se sent moins bien.

La malade traîne la jambe gauche; on constate que le déficit pyramidal s'est accusé. Il faut attendre encore pour pouvoir émettre une opinion sur les résultats de cette 2e cure. Nous avons constaté chez certains de nos malades que l'amélioration se manifestait que 1-2 mois après la cure. Réservons donc notre pronostic ici et attendons.

Observation N° 15

Mlle W... Madeleine, 18 ans, admise à la Clinique Neurologique le 16 mars 1928. La malade se plaint de céphalées frontales presque continues, de vertiges. Titube comme si elle était ivre.

Il lui arrive aussi de voir 2 objets au lieu d'un superposés dans le sens oblique. Cette diplopie se présente dans le regard latéral gauche.

Diminution de la force du membre supérieur gauche qu'elle a remarqué pendant son travail.

Histoire de la maladie. — La maladie débute en mi-février 1928 par des céphalées et des vertiges présentant les

mêmes caractères qu'aujourd'hui, des titubations, des bourdonnements d'oreille.

La diplopie apparaît 8 jours après le début de la maladie. La malade ne s'est rendue compte de la diminution de force de son bras gauche qu'une dizaine de jours après le début de la maladie.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus dans les regards latéraux, moins ample mais plus rapide à droite. Dans le regard en haut, nystagmus net, vertical. Rien à la convergence, ni au regard direct.

Bras tendus : déviation à gauche.

Romberg : oscillation et chute.

Examen pyramidal :

Réflexes cutanés plantaires : en extension à gauche; en flexion à droite.

Manoeuvre de la jambe : 1er temps : positive des 2 côtés;

2e temps : rien de net;

3e temps : positive des 2 côtés, surtout à gauche.

Cures

On fait une première série d'injections.

28.3.28. 2 cm³; temp. axil. max. 37°; pas de réaction.

30.3.28. 4 cm³; temp. axil. max. 38°.

2.4.28. 7 cm³; temp. axil. max. 38°; ressent des douleurs dans les membres supérieurs.

4.4.28. 9 cm³; temp. axil. max. 38,2°; l'après-midi, céphalées.

Résultats. — L'état s'est amélioré. Les céphalées et les bourdonnements d'oreilles sont beaucoup moins intenses. La marche est plus sûre. La faiblesse du bras gauche est moins marquée. Objectivement, pas de modifications.

La malade revient à la clinique le 23 avril 1928. Elle ne peut plus marcher seule.

Elle est sujette à quelques vertiges. La diplopie persiste.

On fait une deuxième cure.

24.4.28. 5 cm³; temp. axil. max. 38,1°; douleurs dans le bras gauche.

27.4.28. 7 cm³; temp. axil. max. 38°; douleurs dans le membre supérieur gauche et dans le membre inférieur droit jusqu'au genou.

1.5.28. 9 cm³; temp. axil. max. 38°; douleurs dans les bras et dans tout le membre inférieur droit.

4.5.28. 12 cm³; temp. axil. max. 38,2°; fortes céphalées.

7.5.28. 12 cm³; temp. axil. max. 37,8°.

10.5.28. 14 cm³; temp. axil. max. 38°; n'a rien ressenti du tout.

La malade est euphorique.

Résultats. — A la fin de cette deuxième cure, elle marche mieux, titube moins, n'a plus de vertiges. Les céphalées, la diplopie et la faiblesse du bras persistent. Objectivement, on constate une régression du déficit pyramidal.

En résumé, amélioration légère.

Observation N° 16

H... Berthe, 35 ans, admise à la Clinique Neurologique le 25 *février* 1929. La malade se plaint de traîner le pied droit en marchant. Elle ne peut pas marcher longtemps sans devenir très fatiguée. Après la marche, elle éprouve à la cuisse droite une sensation analogue à celle qu'on éprouve lorsqu'on fait une très longue excursion. Le matin, en se réveillant, la malade éprouve des crampes au pied droit qui surviennent aussi quelquefois la nuit. Ces crampes, très douloureuses, mettent les orteils en hyperextension et le pied en flexion sur les jambes.

Histoire de la maladie. — L'affection remonte au mois de mai 1928. A ce moment, elle marchait moins bien avec

son pied droit et était obligée de s'asseoir. Au début du mois de décembre 1928, la malade traîne la jambe droite. Les troubles continuent à augmenter, la malade est obligée de monter les escaliers à 4 pattes.

Il y a 3 semaines, chute sur la tête; en se relevant, la malade a remarqué des secousses musculaires cloniques du quadriceps droit.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus horizontal à gauche et à droite petit et fin.

Pas de vertiges.

Romberg : négatif.

Bras tendus : déviation de 10 cm. du côté droit.

Examen cérébelleux. — Marionnettes; renversement; doigt au nez, s. p.

Examen pyramidal :

Manoeuvre de la jambe : 1er temps déficit bilatéral plus marqué à droite;

2e temps + plus à droite.

Cutanés plantaires droit : extension à toutes les excitations;

à gauche : parfois flexion, parfois immobilité.

Réflexes tendineux du membre inférieur : polycinétiques.

Cures

On fait une première série d'injections :

18.3.29. 2 cm³; temp. axil. max. 37,4°.

20.3.29. 5 cm³; temp. axil. max. 37,8°.

22.3.29. 10 cm³; temp. axil. max. 38,1°.

25.3.29. 5 cm³; temp. axil. max. 38,8°.

26.3.29. 5 cm³; temp. axil. max. 40°.

27.3.29. temp. axil. max. 38,7°.

28.3.29. temp. axil. max. 37,7°.

11.4.29. 5 cm³; temp. axil. max. 37,5°.

13.4.29. 10 cm³; temp. axil. max. 38,8°.

16.4.29. 6 cm³ forts et 5 cm³ faibles, temp. 39°.

Résultats. — Le 29 avril, on constate la paralysie complète des membres inférieurs et l'apparition de troubles sphinctériens.

Pendant la nuit surviennent des crampes de temps en temps durant une minute en moyenne.

Le 30 avril 1929 on fait une injection de Phlogétan de 5 cm³ forts et 5 cm³ faibles, temp. 38,5°.

La malade est examinée le 1er mai 1929. Elle se plaint de secousses musculaires aux membres inférieurs produisant une flexion de la jambe sur la cuisse. Ces secousses se présentent sous forme de contractions brusques d'une durée d'une seconde, mettant le genou à 30 cm. du plan du lit, suivies d'une décontraction lente. Ces contractions sont accompagnées d'une douleur dans le genou gauche.

Le 31 juillet, la malade quitte le service non améliorée par le traitement au Phlogétan.

Observation N° 17

H..., 33 ans, admise à la clinique le 15 juin 1928. La malade ne peut marcher sans appui.

Elle peut bien s'asseoir, mais ne peut rester assise qu'en s'appuyant avec sa main. Se plaint de faiblesse du membre supérieur et de fatigabilité très marquée.

Histoire de la maladie. — Le début fut insidieux et lent; la malade remarque en 1926 qu'elle n'a plus de sensibilité dans la plante du pied droit, et traîne le membre inférieur droit. A partir de ce moment, elle fatigue très vite après quelques pas. La marche est titubante vers la droite; les gens croyaient qu'elle était ivre. En 1926, elle fit un séjour à la Clinique Médicale A. où le Docteur Draganesco constata

une parésie des membres supérieur droit et inférieurs droit et gauche plus marquée à droite. Les réflexes du membre supérieur gauche sont exagérés. Les cutanés plantaires sont en extension. Les réflexes abdominaux sont abolis. On fait à l'époque le diagnostic de sclérose en plaques plutôt par exclusion et en se basant sur l'atypie des localisations pyramidales, leur éparpillement et surtout un très léger syndrome labyrinthique. Depuis un an, des troubles apparaissent dans le membre supérieur. La malade lâche les objets fins; elle laisse tomber sans la sentir l'aiguille avec laquelle elle coud et a d'autre part des fourmillements dans la main droite. Elle n'a jamais eu de troubles de la vision ni de troubles sphinctériens.

Examen labyrinthique. — Nystagmus ; quelques rares secousses dans le regard latéral gauche et droit, moins à gauche.

Dans le regard en bas, rien; dans le regard en haut, quelques secousses, soit verticales, soit horizonto-giratoires. Pas de vertiges.

Bras tendus : chute lente progressive de 4 cm.

Romberg : chute à droite.

Examen cérébelleux. — Marionnettes : plus brusques et plus rapides à gauche.

Doigt au nez : à droite à peu près correct. A gauche, manque plusieurs fois le but et le mouvement est plus brusque.

Talon au genou: droit : très mal exécuté;
gauche : assez correct.

Examen pyramidal. — Membres supérieurs : Signe de l'écartement : positif à droite;

Membres inférieurs : Manoeuvre de Mingazzini : chute immédiate à droite, progressive et complète.
Manoeuvre de la jambe :

1er temps : chute immédiate à droite, à gauche chute progressive et complète après oscillation;

2e temps : flexion impossible à droite. Flexion moindre que normalement à gauche;

3e temps : droite : résistance impossible; à gauche : résistance très faible à droite.

Réflexes tendineux des membres inférieurs : parfois polycinétiques.

Cut. plantaires : en extension franche des 2 côtés, bord interne et externe. Cut. abdominaux: pas obtenus.

Cures

On fait une cure de Phlogétan à partir du 8 septembre :

8.9.	2	cm³;	temp.	axil.	max.	37,5°
11.9.	4	»	»	»	»	37,9°
14.9.	8	»	»	»	»	37,9°
18.9.	10	»	»	»	»	38,4°
21.9.	12	»	»	»	»	39,2°
25.9.	13	»	»	»	»	38,8°

Résultats. — On constate une légère amélioration de la motilité du membre inférieur droit subjectivement et objectivement. Plus de facilité pour les mouvements de la cuisse pour s'asseoir et pour monter au lit.

Cliniquement. — Etat stationnaire.

Observation N° 18

Mme G..., 30 ans. Admise à la Clinique Neurologique le 29 juillet 1926. La malade se plaint de faiblesse dans le membre inférieur droit et de fourmillements dans les mollets et plus rarement à la plante des pieds. La démarche est légèrement spastique et incertaine.

Histoire de la maladie. — L'affection remonte à 1924. Deux mois avant le premier accouchement, elle ressent des douleurs dans la région sacro-iliaque droite. Depuis une année, elle éprouve des douleurs en couture de pantalon

dans le membre inférieur droit, calmées par le repos, exacerbées par les mouvements, la marche et l'effort.

Depuis quelque temps, elle se plaint des sensations de tension dans les mains. Le froid accuse les troubles et donne une sensation de raideur. Pas de troubles sphinctériens.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus dans le regard direct, secousses nystagmiques tantôt à droite, tantôt à gauche, mais assez rares. Vers la droite, nystagmus fin, vif, régulier.

Bras tendus : légère déviation à gauche des deux bras.

Romberg : légère déviation à droite.

Doigt au nez : près du nez les doigts tremblent un peu des deux côtés.

Examen pyramidal. — Réflexes tendineux : des membres inférieurs sont vifs.

Réflexes cutanés plantaires : Babinski bilatéral.

Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis.

Manoeuvre de la jambe :

1er temps : léger abaissement de la jambe droite;
2e temps : s. p.;
3e temps : légère diminution de la force des 2 côtés.

Ponction lombaire : en position verticale;

pression initiale : 33 — finale : 22.
Albumine : 0.22.
Cellules : 7.

Le 4 août 1926, la malade quitte le service : le traitement au cacodylate de soude en injections et l'iodaseptine est continué par son médecin du Luxembourg. En août 1927, la malade n'avait presque plus de douleurs; elle pouvait bien travailler et faire tout son travail de ménage.

D'octobre à décembre 1927, on lui fait une série d'injections de cacodylate à la dose de 0,25 à 0,30 gr. La malade se sent très mal, a des vertiges. Depuis Noël 1927, son état ne fait qu'empirer.

La malade revient à la clinique le 13 *août* 1928; la malade ne peut presque plus marcher du tout. Au bout de 5 minutes, elle ne peut plus faire un pas parce que la jambe droite devient raide et froide jusqu'au genou.

Cures

On fait une première série d'injections :

14.8.28. 2 cm³; temp. axil. max. 37°
15.8.28. 4 » » » » 37,4°
16.8.28. 10 » » » » 37,8°
18.8.28. 15 » » » » 38°
20.8.28. 20 » » » » 38,3°

Résultats. — La malade se sent plus sûre sur ses jambes. La raideur des membres inférieurs est moindre. Les douleurs ont disparu. La malade marche sans trop de difficultés, en traînant le membre inférieur droit. Elle quitte la clinique le 25 août 1928.

Elle revient le 29 *octobre* 1928. La première semaine après sa sortie (25 août 1928), la malade se sentait nettement améliorée. Depuis, son état est variable. Elle se plaint de raideur du membre inférieur droit.

On fait une *deuxième cure* de Phlogétan :

31.10.28. 5 cm³; temp. axil. max. 38,5°
5.11.28. 10 » » » » 38,7°
12.11.28. 15 » » » » 38,8°
16.11.28. 5 » forts, 5 cm³ faibles; temp. axil. max. 38,8°
20.11.28. 20 cm³; temp. axil. max. 38,6°

Résultats. — La malade se sent moins raide. Elle peut se tourner dans son lit, se relever quand elle est couchée. Actuellement, elle se plaint encore de raideur du membre inférieur droit.

Les fourmillements dans le mollet et dans la plante du pied droit persistent.

Le 24 novembre 1928, la malade quitte la clinique. On lui conseille 3 semaines de repos, puis une série d'injections d'iodaseptine intraveineuses, une tous les 2 jours, suivie d'une série d'injections intramusculaires de Séti tous les 3 jours.

La malade revient à la clinique le 21 mai 1929. Les injections d'iodaseptine faites en décembre-janvier l'ont beaucoup soulagée.

A la fin février 1929, symptomatologie grippale après laquelle la malade ne peut plus du tout marcher.

Elle se plaint d'être hypersensible à tout certains jours, d'avoir les jambes raides. Se plaint également de troubles sphinctériens. Parfois la miction se fait plus rapidement qu'elle ne voudrait.

On commence une troisième cure de Phlogétan.

Après 1cm^3, l'état s'aggrave, la sensibilité dans les mains diminue (ne peut plus écrire).

On suspend le Phlogétan et on fait une série d'injections intraveineuses d'iodaseptine. Aucune amélioration.

Le 7 juin 1929, deuxième piqûre de Phlogétan qui n'a pas été complète, car dès le 1er cm^3, la malade est atteinte de vasodilatation intense, légère perte de connaissance, difficulté de respiration. On donne de l'adrénaline qui calme ces symptômes.

En résumé, des modifications subjectives transitoires ont été obtenues par le traitement au Phlogétan. Objectivement état stationnaire (s'étant aggravé passagèrement).

Observation N° 19

B... Eugène, 29 ans, serrurier. Admis à la clinique le 28 février 1927. Se plaint de fatigabilité et de faiblesse des membres, surtout des inférieurs. Il éprouve des vertiges vrais depuis quelques mois. La démarche est un peu raide, incertaine. Le malade dévie des deux côtés surtout vers la gauche.

Histoire de la maladie. — En 1911, le malade se plaint de troubles de la vue, passagers (baisse brusque de la vision d'un oeil qui dure un mois).

En 1925, il va chez le dentiste pour se faire arracher des dents à 3 reprises, sous anesthésie locale; après la première séance, forts maux de tête occipitaux frontaux et faiblesse des membres inférieurs. Les 3 séances d'arrachement de dents sont faites à 8 jours d'intervalle et chaque fois, les mêmes phénomènes se répètent et disparaissent. Quelques semaines après, réapparition de la faiblesse, sans cause apparente. Elle vient, disparaît, mais progresse lentement. Le malade éprouve de temps en temps et pendant un à deux jours des fourmillements dans les 2 jambes, surtout dans les mollets. La faiblesse dans les membres supérieurs apparaît en même temps que celle dans les membres inférieurs, mais est moindre. Il a aussi observé de temps en temps des soubresauts musculaires, surtout dans les biceps et les mollets.

Huit jours avant Noël, en allant au travail à 13 heures, il ressent une difficulté croissante de la marche. On est obligé de le chercher en voiture. Le malade s'alite pendant 4 jours, puis se lève.

Quelques jours après, il éprouve des tiraillements très violents dans la cuisse et les jambes jusqu'au cou de pied, pendant une huitaine de jours.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Pas de nystagmus au regard direct et à la convergence. Nystagmus de latéralité horizontal vif, un peu plus vers la droite.

Bras tendus : déviation du bras gauche de 10 cm. vers la gauche.

Romberg : oscillations dans tous les sens.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez : bonne direction, mais oscillations avant d'arriver au but; à gauche plus qu'à droite.

Talon au genou : même anomalie.

Examen pyramidal. — Manoeuvre de la jambe : les trois temps positifs surtout à gauche.

Réflexes cutanés plantaires : au bord interne : flexion des petits orteils des 2 côtés. Extension du gros; mais à droite, parfois aussi flexion ou flexion suivie d'extension.

Réflexes tendineux : membres inférieurs polycinétiques.

Cutanés abdominaux : existent, supérieurs faibles à droite et à gauche, moyens abolis; inférieurs existe à gauche, aboli à droite.

Ponction lombaire :

pression initiale : 35, en position verticale;

pression finale : 30.

Albumine : 0,25.

Cellules : 4.

B.-W. : négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Cures

On fait une première série d'injections :

3.3.27.	2 cm³;	temp.	axil.	max.	37,2°
5.3.27.	5 »	»	»	»	37,5°
7.3.27.	9 »	»	»	»	37,6°
12.3.27.	10 »	»	»	»	38,3°
16.3.27.	12 »	»	»	»	37,9°
22.3.27.	14 »	»	»	»	37,5°
26.3.27.	15 »	»	»	»	37,5°
29.3.27.	20 »	»	»	»	37,3°

Résultats

Examen pyramidal. — *Objectivement,* on constate une régression du déficit pyramidal. Les troubles cérébelleux demeurent stationnaires.

Examen labyrinthique. — Idem.

Examen cérébelleux. — Statu quo.

Manoeuvre de la jambe :

1er temps : les 2 membres inférieurs oscillent, surtout le droit, mais ne tombent pas;

2e temps : bon;

3e temps : à gauche résitance au départ; à droite, résistance retardée.

Mingazzini : positif des 2 côtés;

Réflexes rotuliens : polycinétiques.

Cutanés abdominaux : supérieurs faibles égaux; moyens abolis; inférieur existe à gauche.

Cutanés plantaires : à droite : flexion franche suivie d'extension franche au bord interne; à gauche : immobilité du gros ou extension au bord interne.

En résumé, on constate surtout une amélioration subjective après la cure. La marche et plus assurée. Disparition des vertiges et des pulsions. Le malade dit qu'il « peut courir de nouveau et qu'il se sent tout à fait bien portant, sauf une légère fatigue après la marche ».

Observation N° 20

M... Anne, 27 ans. Se fait admettre en mars 1928.

Histoire de la maladie. — La malade ne peut pas marcher. Elle se plaint de troubles de la déglutition, de troubles sensitifs aux membres inférieurs et au membre supérieur droit. Se plaint en outre de céphalées. La vision est diminuée à gauche. La maladie *débuta en* 1926.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus dans les regards latéraux en haut, en bas à la convergence.

Bras tendus : déviation vers la droite de 3 cm. 1/2.

Troubles sensitifs surtout aux membres inférieurs.

Examen pyramidal. — Extension du gros orteil des 2 côtés. Réflexes rotuliens et achilléen droit polycinétiques

Manoeuvre de la jambe positive des 2 côtés.

Troubles sphinctériens.

Troubles moteurs : la malade ne peut pas soulever le membre inférieur droit. Dans le membre inférieur gauche, quelques mouvements très peu étendus sont possibles.

Cures

On fait une première série d'injections à partir du 3 mars 1928 de 2, 4, 6, 8, 9, 12 cm^3. La réaction fébrile se manifeste à partir de la troisième injection.

Résultats. — On constate une amélioration, surtout au membre inférieur gauche; la jambe peut être fléchie à 90°, la cuisse à 45°. Le membre inférieur droit peut être un peu soulevé. La malade ne peut toujours pas marcher.

La sensibilité est également améliorée aux membres inférieurs. Le nystagmus a disparu dans le regard latéral gauche, est plus faible dans le regard en haut eet à droite.

Observation N° 21

B... Lucie, 20 ans, admise à la Clinique Neurologique le 29 août 1928.

La malade se plaint de difficultés de la marche, titube. Elle éprouve des fourmillements dans les mains. Se plaint de faiblesse de la jambe gauche et du bras droit. Elle laisse tomber les objets parce qu'elle ne les sent pas. Se plaint en outre de troubles sphinctériens ; ne peut retenir les selles. Mictions; parfois besoins impérieux d'uriner et incontinence d'urines. (Se plaint de faiblesse de la jambe gauche et du bras droit).

Histoire de la maladie. — En 1927, la malade a des vertiges. En avril 1928, elle éprouve des fourmillements et sensation de tension dans la main droite, puis dans le membre inférieur droit. Elle remarque que sa main est plus froide que l'autre. Se plaint également d'une sensation de

raideur du mollet, genou et orteils au membre inférieur droit. Des troubles analogues se manifestent dans le membre inférieur gauche depuis 10 jours. Simultanément, se manifestent des troubles sphinctériens. La malade ne peut plus retenir les urines, ni les matières.

8 jours après les troubles dans la main droite, apparaissent des troubles de la marche. La malade est euphorique et raconte son histoire en souriant.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Nystagmus : 0.

Romberg : positif vers la gauche.

Bras tendus : déviation du bras gauche vers la gauche de 3 cm.

Examen cérébelleux. — Marionnettes : maladroites des deux côtés, surtout à gauche.

Doigt au nez : but manqué à droite et à gauche.

Examen pyramidal.

Réflexes cutanés plantaires: Babinski bilatéral.

Manoeuvre de la jambe : légèrement, mais nettement + à droite et à gauche.

Les réflexes cutanés abdominaux supérieurs et moyens existent, inférieurs : O.

Examen ophtalmologique. — Fond d'oeil : pâleur temporale des 2 papilles.

CURES

On fait une première série d'injections à partir du 31 août :

31.8.	2	cm³;	temp.	axil.	max.	38°
5.9.	4	»	»	»	»	38°
8.9.	7	»	»	»	»	38,8°
11.9.	8	»	»	»	»	38,7°
14.9.	10	»	»	»	»	39°
17.9.	12	»	»	»	»	39°

Résultats. — La démarche est très améliorée, la malade peut marcher seule. Elle n'a plus de sensation de tension dans les mollets. Les mains sont plus agiles; la malade peut se peigner. Plus de vertiges. Diminution des troubles sphinctériens; plus d'incontinence, ni des matières ni des urines.

En résumé, on constate une amélioration très sensible. La malade peut marcher seule; elle se sent plus adroite de ses mains. Les troubles sphinctériens ont regressé.

Objectivement, on constate une régression des troubles labyrinthiques et des phénomènes de déficit pyramidal.

Observation N° 22

M. Th... Victor, 36 ans, admis à la clinique le 23 novembre 1926. Se plaint de céphalées au sommet de la tête; chancelle dans la marche; tremble dans les mouvements; vue double.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonte à 1925. Tout en travaillant, il ressent des fourmillements et de l'engourdissement dans la main droite et la jambe droite. Il chancelle. Le médecin diagnostique une hémiphlégie.

En juin 1926, troubles de la vision. L'oeil gauche voyait des flammèches.

En novembre 1926, il ne peut remuer les 2 jambes pendant 2 jours.

Examen clinique

Examen labyrinthique :

Nystagmus : ample dans le regard à droite;
ample dans le regard à gauche.

Bras tendus : bras gauche dévie à gauche de 6 cm.;
bras droit dévie à droite de 5 cm.

Romberg : pulsion gauche.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez : tremble dès le départ plus à gauche.

Marionnettes : mouvements lents et brusques.

Examen pyramidal. — Reflexes tendineux vifs et diffus plus à droite.

Manoeuvre de la jambe : 1er, 2e et 3e temps légèrement positifs à droite.

Cutanés plantaires : en extension des 2 côtés.

Reflexes cutanés abdominaux : abolis.

CURES

On fait une première série d'injections en janvier 1927 :

1.1.27.	2	cm³	Phl.;	temp.	axil.	max.	36,9°
4.1.27.	5	»	»	»	»	»	37,7°
7.1.27.	8	»	»	»	»	»	38°
10.1.27.	10	»	»	»	»	»	38,1°
13.1.27.	14	»	»	»	»	»	37,7°
17.1.27.	20	»	»	»	»	»	38,5°

Le malade quitte le service le 20 janvier 1927.

Réadmission le 10 mai 1927.

RÉSULTATS. — Le malade a constaté une amélioration de son état un mois après le traitement. Cette amélioration a persisté jusqu'à aujourd'hui.

Sa démarche est sûre; il n'est plus poussé vers un côté. Il peut faire plus de 3 km. sans fatigue ni arrêt.

La déviation des bras tendus est devenue insignifiante.

La vue est bien meilleure.

Actuellement, le malade se plaint de céphalées légères et de sensation de raideur dans les jambes survenant après fatigue.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Nystagmus : idem.

Bras tendus : déviation du bras droit vers la droite de 10 cm.

Romberg : oscillation sans prédominance latérale.

Examen cérébelleux :

Doigt au nez : pas de tremblement au départ; légères oscillations au but.

Marionnettes : mouvements rapides et harmonieux.

Examen pyramidal. — Reflexes tendineux vifs.

Manoeuvre de la jambe négative des deux côtés.

Cutanés plantaires : une excitation forte au bord externe produit une extension légère du gros orteil des 2 côtés.

Réflexes cutanés abdominaux : sup. droit, moyen droit, inf. droit : vifs; sup. moyen, inf. gauches : vifs.

En résumé. — Lamélioration consécutive au traitement par le Phlogétan ne s'est produite qu'un mois après la cure. Subjectivement l'équilibre est meilleur. Objectivement, on constate une régression importante des troubles vestibulaires, cérébelleux et pyramidaux.

Observation N° 23

P... Henriette, 50 ans, se plaint d'une grande incertitude dans la marche et de maladresse des mains prononcée. Se fait admettre à la clinique en 1927.

Histoire de la maladie. — La maladie remonte à 1912. La malade a constaté une baisse de la vue, de l'oeil gauche d'abord, puis de l'oeil droit. Elle fut atteinte cette même année de sciatique bilatérale avec anesthésie tactile prédominant à gauche.

En 1915, l'anesthésie s'était étendue jusqu'aux genoux.

Examen ophtalmologique. — Fond d'oeil : pâleur papillaire.

En 1923, elle fut brûlée à la jambe sans pour cela avoir senti la chaleur. Ses membres inférieurs se raidissent.

En 1925 apparaissent des bourdonnements d'oreille.

En 1926: des troubles sphinctériens se manifestent.

Examen clinique

Examen labyrinthique :

Bras tendus: déviation gauche de 4 cm.

Nystagmus : O.

Romberg : pulsion gauche.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez : incorrect.

Examen pyramidal. — Reflexes tendineux très vifs.

Babinski bilatéral.

Manoeuvre de la jambe : + à droite et à gauche.

Cure

On fait une première série d'injections.

2, 5, 15, 16, 10, 15, 20, 15 cm^3.

Température axillaire maximum : 40°.

Résultats. — La marche est devenue plus sûre. Les mains sont plus adroites dans l'exécution des mouvements fins. L'épreuve du doigt au nez est plus correcte. Les mouvements sont plus rapides; il y a moins d'hésitation. La marche est plus assurée. Le reste de l'examen clinique reste identique.

Observation N° 24

H... Emile, 30 ans, se fait admettre à la clinique en 1925. Instabilité dans les mouvements, elle se remarque surtout dans l'écriture.

Histoire de la maladie. — L'affection a débuté en 1912; diplopie.

En 1919 et 1920, le malade traîne les deux jambes; la faiblesse débuta d'abord à droite, puis à gauche.

En 1924, le malade est obligé de marcher avec 2 cannes.

En 1925, les membres inférieurs se raidissent; il sent des tremblements dans les bras.

Examen clinique

Examen labyrinthique :

Nystagmus: Dans le regard de convergence nystagmus, nettement à droite. Dans regards latéraux nystagmus très net.

Bras tendus : déviation droite 5 cm.

Romberg : oscillations très fortes; pas de chute.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez : tremblement intentionnel.

Examen pyramidal. — Reflexes tendineux : très vifs aux membres inférieurs surtout.

Cutanés plantaires : Babinski : bilatéral.

Manoeuvre de la jambe : positif à droite et à gauche.

Cure

On fait une première série d'injections :

2, 5, 9, 13, 19 cm^3.

Température axillaire maximum 39,9° pendant les deux jours qui suivent l'injection de 13 cm^3.

Résultats. — Examen clinique sensiblement identique au précédent. Le malade ne racle plus le sol en marchant.

Subjectivement : Le malade trouve que son équilibre est meilleur et il écrit plus facilement.

Observation N° 25

P... Jean-Thomas, 33 ans, sujet Corse, se fait admettre à la clinique en 1925. Le malade écrit mal — il sent mal les

objets — il se fatigue extrêmement vite en marchant — Tremblement léger de la main droite — il est sujet aux vertiges.

Histoire de la maladie. — La maladie débuta en 1921 ou, pendant une course, il sentit ses jambes se dérober.

En 1922 on constate une parésie des membres inférieurs. Le malade se plaint également de diplopie.

En 1923 les 2 jambes furent complètement prises par la paralysie.

En 1924 une amélioration se produit. Cette amélioration s'accentue de plus en plus au cours de l'année 1925 en ce qui concerne les jambes. Par contre le malade éprouve de la faiblesse dans les mains.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Nystagmus : dans regard direct : nystagmus gauche — dans regard gauche : nystagmus horizonto-giratoire — dans regard droit : nystagmus horizonto-giratoire — bras tendus : déviation gauche de 4 centimètres.

Romberg : pulsion gauche.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez — tremblement au but.

Marionnettes: mouvements brusques et disharmonieux.

Examen pyramidal. — Réflexes tendineux vifs.

Cutanés plantaires: Babinski bilatéral.

Manoeuvre de la jambe négative des deux côtés.

CURES

On fait une première série d'injections: 2, 5, 10, 10. Température axil. max. de 39°.

Puis une deuxième série d'injections: 2, 5, 9, 13, 19. Température axil. max., 38,5°.

Résultats. — Après cette deuxième cure, le malade se sent mieux, il écrit mieux, se fatigue beaucoup moins vite. Il peut marcher normalement sur un trajet de 150 mètres.

Examen clinique sensiblement identique au précédent.

Observation N° 26

F... Mathilde, 28 ans, admise à la Clinique neurologique le 3 août 1928.

Histoire de la maladie. — L'affection remonte à 1925. A ce moment, la malade éprouve des vertiges qui durent 8-10 jours et sont accompagnés de vomissements.

Au mois de novembre 1927, la malade éprouve une sensation de froid dans les membres inférieurs et supérieurs. Elle est atteinte de diplopie passagère en octobre.

En janvier 1928, elle éprouve des troubles sensitifs et moteurs dans la main droite, écrit mal, lâche les objets. Elle traîne la jambe en marchant, ressent des fourmillements dans les membres inférieurs et titube dans la marche. Elle éprouve des vertiges quand elle regarde en haut ou en arrière. Pas de troubles sphinctériens.

En août 1928, elle marche avec difficulté.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus de latéralité surtout à droite.

Bras tendus : en position couchée pas de déviation nette.

Romberg : déviation vers la droite.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez : légèrement tremblé au but à gauche.

Marionnettes : légèrement troublées à gauche.

Talon au genou : dysmétrie des deux côtés plus à droite.

Examen pyramidal. — Membres supérieurs : déficit marqué du côté droit.

Manoeuvre de la jambe : positive à forte prédominance droite.

Premier temps: chute latérale de la jambe droite à droite.

Deuxième temps: la flexion est meilleure à droite.

Troisième temps: la résistance est moins grande à droite.

Cutanés plantaires : extension bilatérale en grattant sur le bord externe.

Réflexes cutanés abdominaux : abolis à droite, supérieur gauche existe.

Ponction lombaire. — Pression initiale : 36 en position verticale;

Pression finale : 22.

Albumine : 0,25.

Cellules : 0,6.

BW: négatif.

Cures

On fait une première série d'injections à partir du 6 août 1928 :

6.8.	2 cm³	temp.	axil. max.:	36,4°
8.8.	5 »	»		36,5°
10.8.	9 »	»		36,6°
13.8.	13 »	»		38,2°
16.8.	19 »	»		37,8°
18.8.	25 »	»		38,2°

On fait une deuxième cure de Dmelcos vu les réactions faibles données par le Phlotégan.

16.1.29.	3/10 cm³	Dmelcos	temp.	axil. max.	37,8°
18.1.29.	5/10 »	»	»		39°
24.1.29.	1 »	»	»		39,4°
26.1.29.	1,5 »	»	»		39,4°
29.1.29.	2 »	»	»		38,9°
1.2.29.	2,5 »	»	»		38,5°

Résultats. — Nul après la première cure, l'état reste stationnaire tant au point de vue subjectif qu'objectif. Les troubles s'aggravent les mois suivants.

En octobre 1928, la marche devient impossible; la malade ne peut plus du tout se tenir sur ses jambes. Son médecin lui fait une série d'injections de sérum antipoliomyélitiques sans résultats appréciables. En janvier 1929, on fit une série de 6 injections de Dmelcos. Les résultats furent négatifs.

Observation N° 27

R... Thérèse, 28 ans, admise à la Clinique Neurologique le 26 septembre 1927. La malade se plaint de difficultés de la marche; elle ne peut pas marcher toute seule; elle dit qu'elle n'a pas assez de force pour soulever les membres. La démarche est spasmodique; elle traîne les deux pieds, le gauche davantage. Elle ressent également des douleurs au niveau de la région lombo-sacrée dans la position assise ou couchée qui s'accusent dans la marche. Elle se plaint de faiblesse et sensibilité émoussée dans les deux mains.

Histoire de la maladie. — A Noël 1925, la malade fut hospitalisée pendant 3 semaines pour entérite. A sa sortie de l'hôpital, elle ne peut presque plus marcher. Depuis ce moment, elle ne marche pas bien. La faiblesse a commencé à gauche et prédomine encore de ce côté.

Depuis 6 mois, la malade remarque qu'elle laisse tomber les objets de la main droite puis de la main gauche. Depuis trois mois, elle a des vomissements faciles.

Examen labyrinthique. — Dans le regard direct aucun nystagmus.

Dans le regard latéral droit, nystagmus horizontal à secousses espacées et à phase lente très nette. Dans le regard latéral gauche, le nystagmus horizontal se fait plus ample et plus fréquent. Dans le regard vers le haut, nystagmus oblique en haut et à gauche.

Bras tendus: déviation du bras droit à droite de 10 cm.

Romberg: déviation droite.

Barany : irrigation oreille gauche: à 20 cm³ nystagmus. Irrigation oreille droite: à 50 cm³, nystagmus faible. — Secousses lentes très nettes.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez: se fait avec mouvements saccadés à droite plus qu'à gauche.

Marionnettes: sont maladroites des deux côtés.

Examen pyramidal. — Réflexes tendineux vifs, achilléen droit, polycinétique.

Réflexes cutanés plantaires : se fait en extension des deux côtés, plus nettement à gauche qu'à droite.

Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis.

Ponction lombaire en position verticale : pression initiale : 36; finale : 22.

Albumine, 0,25.

Cellules : 0,6.

Bw. négatif.

Benjoin négatif.

On fait une première série d'injections en octobre 1927:

3.10.	2 cm³	temp. axil. max.:	37,8°
5.10.	5 »	»	39°
8.10.	8 »	»	38,2°
10.10.	10 »	»	37,9°
13.10.	10 »	»	37,9°
14.10.	15 »	»	38,2°

Résultats. — On constate une légère amélioration. La malade se tient plus facilement debout; Sa marche est plus assurée.

OBSERVATION N° 28

M... M. Admis à la Clinique le 7 février 1928. Le malade marche avec des béquilles, ne peut monter les escaliers. La spasmodicité est accusée. Il existe un clonus pour ainsi dire constant des quadriceps. Le malade lâche les objets; les mains sont raides et faibles. Se plaint de troubles sphinctériens : besoin impérieux d'uriner.

Histoire de la maladie. — La maladie remonte à 10 *ans:* le malade se plaignait alors de faiblesse dans la jambe droite, puis de raideur. Il accrochait souvent le sol avec le bout du pied.

Depuis 5 ans, des troubles semblables se manifestèrent à la jambe gauche. A ce moment, il aurait eu des vertiges avec titubation. Pas de diplopie. Depuis 2-3 ans, les membres supérieurs sont intéressés; les mains sont raides et faibles. Le malade ne peut soulever les coudes pour les mettre derrière la tête. Il lâche souvent ce qu'il tient dans les mains.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Nystagmus: dans les regards latéraux à droite et à gauche.

Bras tendus: chute des deux bras, pas de déviation nette.

Examen cérébelleux. — Marionnettes: assez bonnes à droite, moins bonnes à gauche. Doigt au nez: s.p.

Examen pyramidal. — Cutanés plantaires en extension bilatérale au bord interne et bord externe.

CURES

On fait une première série d'injections:

7.2. 1 cm³ temp. axil. max.: 38,2°.
8.2. Spasmalgine 1 cm³, en injection.
9.2. 3 cm³ temp. axil. max. 38°.
10.2. Le malade se plaint d'uriner difficilement.
16.2. 5 cm³ temp. axil. max.: 38,2°

17.2. 7 » » 37,8°

22.2. 8 » » 39,2°

Résultats. — On constate une très grande amélioration subjective. Le malade peut mettre les pieds hors du lit et se lever de lui-même, ce qui ne lui est pas arrivé depuis 2 *ans*.

Il peut élever les bras verticalement au-dessus de la tête, peut manger seul.

L'équilibre est meilleur. Il peut se tenir debout sans appui, peut regarder à droite et à gauche sans vertige. Il peut soulever les jambes mieux qu'auparavant. Quand il marche, il sent beaucoup moins le clonus. Celui-ci ne dure que très peu de temps quand on le provoque.

On fait une deuxième série d'injections le 24.4.28:

24.4. 2 cm³ temp. axil. max.: 37,5°

27.4. 5 » » 37,8°

30.4. 9 » » 38,5°

3.5. 13 » » 39° pouls 92

Résultats. — On alterne le Phlogétan avec des injections de cacodylate de soude et des cachets reconstituants de méthylarsinate.

Après son départ de la clinique le 15.5., le malade a éprouvé d'abord une amélioration; il pouvait soulever les deux jambes, pouvait marcher avec des béquilles. Vers le 1er juin, le malade ne peut plus marcher; s'il se baisse pour ramasser un objet, il ne peut plus se relever. Depuis 15 jours, il souffre des bras, du bras gauche surtout. Le moindre choc déclenche des mouvements cloniques au membre supérieur gauche, moins à droite.

Les membres inférieurs sont animés de tremblement, même quand on ne les touche pas. De temps en temps, on constate que les membres inférieurs se raidissent.

Le malade revient à la clinique au début de janvier 1929. On lui fait une série de 5 injections de Phlogétan, à la suite desquelles il se sent amélioré, peut mieux soulever les jambes et marcher; parfois est obligé d'attendre pour uriner.

Il revient à la Clinique en novembre 1929. A ce moment, il se plaint de raideur dans les membres supérieurs et inférieurs. Quand il marche et soulève la jambe droite, il se produit un tremblement de la jambe droite qui se généralise, ce qui le gêne beaucoup. La jambe droite se place derrière la jambe gauche en ciseau quand il marche. Il éprouve des tiraillements dans les membres. Quand il veut soulever les bras, il souffre dans les épaules et dans la nuque et est obligé de pencher la tête en avant pour se libérer de ces douleurs. Parfois, il est obligé d'attendre pour uriner.

On fait une quatrième série d'injections:

30.11.29. 3 cm³ temp. 37,6° vers 17 heures, persistant jusqu'à 18 heures. La temp. a ensuite diminué, douleurs dans les hanches. Il transpire abondamment.

1.12.29. 7 cm³ temp. axil. max.: 37,5°, transpiration abondante.

2.12.29. 10 cm³ temp. axil. max.: 37,6°

4.12.29. 5 cm³ temp. axil. max.: 37,5°

6.12.29. 5 cm³ fort et 5 cm³ faible temp. Temp. axil. max.: 38°. Céphalées frontales presque continues. Douleurs aux genoux très violentes. Transpiration abondante. Bras et membres inférieurs lourds. Très las vers midi. Pollakiurie.

7.12.29. grande lassitude.

9.12.29. 2/10 Dmelcos intraveineux. Temp. axil. max.: 38,2°; douleurs dans les dents; céphalées en casque toute l'après-midi, douleurs aux épaules et dans les muscles.

12.12.29. 3/10 Dmelcos temp. axil. max.: 37,3°, douleurs du bras droit et dans les dents.

14.12.29. Dmelcos 5/10. Nausées et vomissements glaireux. Temp. variant de 39 à 40°.

15. et 16.12.29. lassitude extrême.

Résultats. — L'examen clinique est sensiblement analogue au précédent. Subjectivement, le malade se sent moins raide, peut se servir un peu de ses membres supérieurs et marche un peu avec les béquilles.

En résumé : Après la première cure de Phlogétan il s'est produit une aggravation des troubles fonctionnels: le malade ne peut plus marcher.

Après la deuxième série d'injections le malade peut marcher à nouveau.

Après la troisième série d'injections : se sent un peu amélioré. Il peut se servir un peu de ses membres supérieurs et marcher un peu avec des béquilles.

L'équilibre est meilleur.

Observation N° 29

M... Berthe, 30 ans, se fait admettre à la clinique Neurologique en 1927.

Très incertaine dans le stationnement et dans la marche. Elle tombe dans la station debout, les yeux fermés. Dans la marche, la malade trébuche.

Histoire de la maladie. — La maladie a débuté en 1917 avec des sensations de « fluide » aux membres inférieurs et à la moitié inférieure de l'abdomen.

En 1920, pendant la *grossesse,* titubations.

En 1922, lors d'une nouvelle grossesse, les troubles dans l'équilibre s'accentuèrent davantage. Il lui était impossible de tourner la tête à droite ou à gauche.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus: dans le regard direct et dans le regard latéral droit et gauche.

Bras tendus : Déviation gauche de 3 cm.

Romberg : chute à gauche.

Appareils cérébelleux. — Doigt au nez : douteux.
Marionnettes: incorrectes à gauche.

Examen pyramidal. — Réflexes tendineux vifs.
Cutanés plantaires : Babinski bilatéral.
Manoeuvre de la jambe: positive des 2 côtés.

CURE

On fait une première série d'injections:
2, 4, 8, 10, 15, 18 cm³. Température 40,5°.

RÉSULTATS. — On constate :
à l'examen labyrinthique :
Romberg : pas de chute
Le reste identique.

Examen cérébelleux:
Doigt aux nez : parfois incorrection à gauche.
Marionnettes: bonne exécution; la malade se fatigue vite.

Examen pyramidal:
Pas de clonus
Manoeuvre de la jambe négative à gauche.
Le reste identique.

EN RÉSUMÉ : L'équilibre est meilleur.
La malade peut se tenir debout, les yeux fermés, sans tomber.
Dans la marche, elle ne trébuche presque plus.

OBSERVATION N° 30

D... Bernardine, 36 ans, se fait admettre à la clinique Neurologique en 1926. Equilibre très troublé.
Histoire de la maladie. — L'affection a débuté en 1919;

la malade avait des vertiges, ressentait des troubles dans l'équilibre et marchait avec difficulté.

En 1922, elle fut soignée pour une névrite rétro bulbaire (Professeur Weill).

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus dans le regard latéral gauche.

Bras tendus : déviation du bras gauche vers la droite de 15 cm.

Romberg : instable.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez : correct.

Examen pyramidal. — Cutanés plantaires : Babinski bilatéral.

Manoeuvre de la jambe positive des deux côtés.

Marche: râcle le sol du pied droit.

Cure

On fait une première série d'injections:

1, 3, 5, 10, 15, cm^3. Température maximum 38,8°.

Résultats. — L'équilibre est meilleur; le malade marche mieux; après quelques exercices ne râcle plus le sol. L'ex. clinique est sensiblement analogue au précédent.

Observation N° 31

Bun... Eugène, 29 ans. Se fait admettre à la clinique Neurologique en 1927. Il éprouve des sensations de vertige et de pulsion à la marche. Son équilibre est troublé — fatigabilité générale.

Histoire de la maladie. — L'affection remonte à 1911 où pendant un mois il eut une baisse brusque de la vision d'un oeil.

En 1925, le malade se plaint de céphalées, de faiblesse

générale, de fourmillements dans les deux membres inférieurs.

Pendant la marche, il chancelle.

Tous ces troubles disparaissent et réapparaissent tour à tour.

Examen clinique

Examen labyrinthique. — Nystagmus dans les regards latéraux.

Bras tendus: déviation du bras gauche de 10 cm.

Romberg: Déviation à gauche.

Examen cérébelleux. — Doigt au nez, marionnettes. Renversements, s. p.

Examen pyramidal. — Réflexes tendineux vifs.

Cutanés plantaires : Babinski : positif à gauche.

Flexion suivie d'extension à droite.

Manoeuvre de la jambe : positive à droite.

Cure

On fait une première série d'injections:

1, 2, 5, 9, 10, 12, 14, 15, 20 cm^3. Température axil. maximum : 38,4°.

Résultats. — On constate la disparition complète des vertiges. L'équilibre est meilleur «Je peux courir de nouveau, je me sens tout à fait bien portant ».

La manoeuvre de la jambe primitivement positive à droite est moins franche.

Observation N° 32

Monsieur Za..., 28 ans, vient en consultation chez le Professeur Barré, le 15.12.27.

Histoire de la maladie. — Depuis le printemps 1927, le malade ressent de la faiblesse et un manque de sensibilité dans les deux jambes. A la fin août 27: à la suite d'un surmenage, vertiges et vomissements. Somnolence. Le docteur outre la somnolence constate une parésie de la jambe gauche et une thermoanesthésie à droite. Il conseille des injections de salicylate de soude, de l'uroformine et du stovarsol. Dès le 28.11.27., le malade ne peut presque plus marcher. Depuis 2 jours, incontinence d'urines.

EXAMEN CLINIQUE

Examen labyrinthique. — Pas de nystagmus.

Bras tendus: le bras droit tombe.

Examen pyramidal: réflexes tendineux vifs des 2 côtés. Réflexes cutanés abdominaux : supér. + à droite et à gauche. Inférieur : + à droite, négatif à gauche.

Cutanés plantaires : à gauche, extension par excitation du bord interne; à droite, flexion franche.

Ponction lombaire. — En position verticale.

Pression initiale 27 alb. 0.33.

Cellules : 5.

BW. nég. dans le sang et L.C.R.

CURES

On fait une première série d'injections à partir du 12 décembre 1927.

12.12 1 cm³ temp. axil. max.: 38,8°, nausées, transpiration,
13.12 très fatigué, inappétence temp. axil. max. 37,7°
15.12 2 cm³ 1/4 d'heure après l'injection, temp. 40° frissons. Vomissements, céphalées.
19.12. 4 cm³ temp. axil. max.: 37,3°
23.12. 7 cm³ temp. axil. max.: 38,4° douleurs dans les cuisses.
27.12. 10 cm³ temp. axil. max.: 38,8° bouge beaucoup mieux la jambe droite.

2.1. 13 cm³ temp. axil. max.: 38,6°

9.1. 18 cm³ temp. axil. max.: 38,9 douleurs dans les cuisses.

On alterne avec des injections reconstituantes de cacodylate de soude et d'anthasthène.

Résultats. — Etat sensiblement stationnaire.

On fait une *deuxième série d'injections* à partir du 28 janvier 1928 jusqu'au 28 février 28. — Doses: 3, 6, 10, 14, 18, 22, 22 cm³. temp. axil. max. ne dépasse pas 38,8°.

Résultats. — Se sent mieux les jours suivants. Le 21.3.28 se tient debout pour la première fois. Peut faire quelques pas soutenus par une personne et en s'aidant d'une canne. La sensibilité tactile est presque normale.

On fait une *troisième série d'injections* du 30.4.28 au 21.5.28. — Doses: 5 cm³, 10, 15, 20, 20, temp. axil. max.: 39°.

Résultats. — Etat stationnaire. Du 16.6 au 2.7.28. a été en vacances au Schaenzel.

Pouvait faire 3 km. en s'aidant d'une canne.

On fait une *quatrième série d'injections* du 10.7.28 au 9.8.28. — Doses: 3, 5, 8, 10, 13, 15 cm³. Temp. axil. max. ne dépasse pas 38,2°.

Résultats. — La marche est plus aisée. Lors d'un séjour au Schaenzel du 31.8. au 20.9.28 a pu faire jusqu'à 8 km.

On fait une *cinquième série d'injections* à partir du 24.10.28. Doses: 3, 5, 8 cm³. Temp. axil. max. ne dépasse pas 37,2°.

Résultats. — L'état du malade s'aggrave. La marche devient très difficile. Paresthésie et troubles de la sensibilité profonde dans les deux mains.

On fait une *sixième série d'injections* à partir du 29.11.28. Doses : 3, 5, 9, 14, 18, 15, 18, 21 cm³. Réactions thermiques faibles.

RÉSULTATS. — Etat stationnaire.

On soumet le malade encore à 3 cures de Phlogétan en 1929. Son état empire rapidement. Dès le 1.4. 1929, le malade est grabataire, a des difficultés pour la miction. La main droite devient complètement paralysée. La vision baisse de 40 pour cent.

CHAPITRE IV

Vue d'ensemble sur les résultats obtenus

Nous avons observé une trentaine de cas et avons étudié l'état de nos malades avant et après le traitement par le Phlogétan.

Nous avons obtenus 22 cas positifs, 8 cas négatifs et 2 cas intermédiaires. Les améliorations subjectives voire même objectives observées dans de nombreux cas nous encouragent à poursuivre le traitement de la sclérose en plaques par ce médicament.

Voici en résumé, les modifications heureuses obtenues par le Phlogétan chez nos malades:

Les *troubles labyrinthiques* se modifient presque toujours.

Subjectivement, l'équilibre devient meilleur (voir cas No 2, 22, 26). Certains malades qui auparavant avaient une démarche chancelante, marchent maintenant en ligne droite. (Cas No 11, 15). Les vertiges disparaissent (Cas No 15, 19, 21).

Objectivement, on a observé dans la plupart des cas :

1) une atténuation des troubles vestibulaires, tantôt une diminution du nystagmus, tantôt une meilleure

station au Romberg ou encore une déviation moindre des bras tendus.

Exemples : M... (cas 4), présentait à l'admission du nystagmus rotatoire dans les deux regards latéraux. Après le traitement au Phlogétan, il ne subsiste que quelques secousses de nystagmus dans le regard latéral gauche.

W... (cas 5), avait du nystagmus dans le regard latéral et dans le regard en haut. Les bras tendus déviaient vers la gauche nettement. Au Romberg, il y avait une forte instabilité suivie de chute. Après le traitement, on note encore une légère instabilité. La déviation des bras tendus n'existe plus.

Chez Th., (cas 22), la déviation des bras tendus est devenue insignifiante.

F... (cas 1) ne titube plus, comme auparavant.

2) On note une *amélioration presque constante des troubles fonctionnels pyramidaux.*

M... (cas 4), qui se plaignait de fatigabilité anormale de la marche, l'obligeant souvent à s'aliter, peut faire maintenant 20 km. à bicyclette sans la moindre fatigue.

M... (cas 3), à la fin des cures successives de Phlogétan, peut marcher seule lentement et en ligne droite, à l'aide d'une canne; auparavant, la malade zigzaguait, traînait la jambe gauche, ne pouvait regarder ni à droite, ni à gauche sans perdre l'équilibre.

B... (cas 19), la démarche autrefois raide et incertaine, devient assurée. Le malade peut courir.

T... (cas 25), se fatigue moins vite. Peut marcher normalement sur un trajet de 150 mètres.

B... (cas 21), qui se plaignait de difficultés de la marche et de faiblesse de la jambe gauche, peut marcher seul maintenant.

St... (cas 6) qui se plaignait d'incertitude de la marche se sent après le traitement plus souple, peut marcher deux heures alors qu'auparavant, il ne pouvait circuler que pendant un quart d'heure péniblement.

3) Dans d'assez nombreux cas, nous avons observé une *diminution des phénomènes de déficit et d'irritation pyramidale.*

La manoeuvre de la jambe de Barré devient moins franchement positive, voire même négative.

Quant on recherche les réflexes cutanés plantaires, on ne déclanche plus une extension aussi nette par grattage du bord interne et externe.

Le déficit pyramidal des membres supérieurs mis en évidence par l'épreuve des bras tendus et le signe de l'écartement, cède au traitement par le Phlogétan.

4) *Les troubles de la sensibilité si gênants pour les malades sont heureusement influencés par le Phlogétan.*

Certains malades voient disparaître leurs élancements douloureux. D'autres se sentent de nouveau plus adroits de leurs mains; ils peuvent écrire, lisiblement, tricoter, se peigner, ce qui leur était impossible autrefois.

5) Nous avons observé fréquemment une *amélioration des troubles sphinctériens* qui s'atténuent, peuvent même disparaître complètement (cas No 2, 5, 12 21).

Il se produit après le traitement une amélioration de l'état circulatoire qui peut se manifester par une diminution des fourmillements et un réchauffement des membres.

Nous avons remarqué que le Phlogétan agit le plus efficacement sur les cas de sclérose en plaques au début. Nous avons cependant aussi obtenus des succès dans des cas d'évolution ancienne (No 3, 8, 11, etc...).

Le bénéfice du traitement peut se montrer chez certains sujets immédiatement après la première série d'injections. D'autres ne se sentent soulagés qu'après les deuxième ou troisième cures. Certains malades voient leur état passagèrement aggravé pendant ou immédiatement après le traitement et ne sont améliorés qu'un à deux mois après l'attaque par le Phlogétan. On ne peut fixer de règles. Chaque individu réagit d'une façon qui lui est propre.

Les résultats encourageants que nous avons obtenus, nous font préconiser le Phlogétan dans le traite-

ment de la sclérose en plaques et nous le font préférer à toutes les médications employées jusqu'ici.

Grâce à lui, nous pensons améliorer un grand nombre de malades atteints de cette maladie ou du moins en entraver l'évolution.

L'existence au cours de la sclérose en plaques, de rémissions spontanées rend assez difficile l'interprétation des résultats thérapeutiques: on peut espérer que grâce au traitement, les rémissions seront plus précoces.

Voici un résumé succinct des modifications heureuses observées après le traitement par le Phlogétan chez nos malades.

Dans les cas négatifs, au point de vue clinique, nous avons constaté qu'il se produisait toujours une aggravation des troubles pyramidaux. Des troubles vestibulaires, cérébelleux et sphinctériens peuvent s'adjoindre.

Chez Mme H... (cas 16) apparaissent au cours du traitement des troubles sphinctériens; les troubles pyramidaux s'accusent; la malade devient paraplégique.

CONCLUSIONS

1) En examinant l'ensemble des résultats obtenus par l'emploi du Phlogétan dans le traitement de 32 cas de sclérose en plaques, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes:

a) Une *amélioration* fréquente, d'importance variable et plus ou moins durable, a été constatée dans les *cas récents;* (19 cas), c'est-à-dire datant de quelques mois à 3 ans:

13 *cas positifs* (No 1, 2, 4, 5, 6, 12, 15, 17, 20, 21, 22, 27, 29);

6 *cas négatifs* (No 9, 10, 16, 18, 26, 32).

b) Nous avons obtenu certaines améliorations dans des cas plus anciens (traités de 3 à 20 ans après le début clinique de la maladie) :

9 *cas positifs* (No 3, 8, 11, 13, 23, 24, 25, 30, 31).

2 *cas négatifs* (No 7, 19).

2 *cas intermédiaires* avec alternatives d'amélioration et d'aggravation (14 et 28).

Les cas qui nous ont paru les plus réfractaires aux bons effets du traitement sont ceux où l'atteinte bulbaire a été précoce et intense (exemple le cas 32).

2) Les améliorations obtenues par le Phlogétan sont avant tout *fonctionnelles*. La démarche et l'équi-

libre si souvent troublés chez les sujets atteints de sclérose en plaques sont presque toujours heureusement modifiés. Au point de vue clinique, nous avons constaté une atténuation des troubles vestibulaires et pyramidaux.

3) Très fréquemment, on observe un désaccord entre *la netteté du bénéfice fonctionnel* (équilibre, marche, troubles sphinctériens, etc...) et la *légèreté ordinaire des modifications cliniques objectives*. Ce fait tendrait peut-être à faire penser que la circulation dans les voies du névraxe modifiée brusquement et fortement pendant la pyrétothérapie par le Phlogétan, joue un rôle de premier ordre auprès des lésions irritatives chroniques qui ne peuvent guère se modifier que lentement. Il est utile, croyons-nous d'insister sur ce désaccord, car les médecins qui le méconnaîtraient, pourraient rapporter à une pure suggestion de leur part ou de la part du malade, une modification pourtant visible et réelle que ne justifierait pas, à leurs yeux l'examen objectif, en la circonstance une sorte de statu quo.

4) Le bénéfice du traitement se manifeste chez les uns immédiatement après une première série d'injections. D'autres ne se sentent soulagés qu'après la deuxième et troisième cures. Certains malades voient leur état passagèrement aggravés pendant ou immédiatement après le traitement, et ne sont améliorés qu'un à deux mois après l'attaque par le Phlotégan.

5) Tout malade atteint de sclérose en plaques doit se faire traiter plusieurs fois l'an, pendant quelques années, même s'il a obtenu un bénéfice important dès le début du traitement.

6) Nous ne saurions trop insister sur l'importance que semble avoir le facteur *précocité* dans le traitement de la sclérose en plaques par le Phlogétan et par voie de corollaire, nous tenons à insister de nouveau sur le bénéfice pratique et thérapeutique que peuvent tirer les malades d'un *diagnostic clinique précoce*. A ce point de vue, les troubles vestibulaires, si fréquents au début de la sclérose en plaques et dont la valeur a été mise en évidence par diverses publications de la Clinique neurologique de Strasbourg, nous paraissent mériter d'être connus de tous les médecins : médecins omnipraticiens, les neurologistes, otologistes, ophtalmologistes, à qui s'adressent d'abord les malades au début de la sclérose en plaques.

Vu:
Le Président de Thèse
Prof. BARRÉ.

Vu:
Pour le Doyen l'Assesseur
Prof. MERKLEN.

Vu et permis d'imprimer:
Le recteur de l'Académie de Strasbourg
Chr. PFISTER

BIBLIOGRAPHIE

Antonelli. — Malarisation artificielle dans un cas de sclérose en plaques (Bulletin De Atti Della Reali Accademia med. di. Roma 1926).

Barbé. — Résultats négatifs par injections intraveineuses de vaccin streptobacillaire de Nicolle (Progrès Médical: 23.7.1927, p. 1146).

Barré J.-A. — Sur le Traitement de la sclérose en plaques. (Revue Neurologie 1924, tome 1, p. 791).

Barré J.-A. — Traitement de la sclérose par le Phlogétan, nouveaux résultats (Société de Neurologie, 3.11. 1927).

Barré J.-A. — Traitement de la sclérose en plaques par le Phlogétan, nouveaux résultats (Archives neur. Tome I, vol. I. Janv. 1928, p. 22).

Benedeck Ladislas. — Phlogetan Therapie bei Chorea infectiosa (Medizinische Klinik, Nr. 3, 1926).

Birnhaupt. — Erfahrungen mit Phlogétan bei der Behandlung akuter Infektionen (Wiener Klinisch. Wochen. Nr. 48 1923).

Boveri. — Essais thérapeutiques dans la sclérose en plaques (Revue Neurologique 1924, tome I, p. 790).

Byrnes. — Le Traitement de la sclérose en plaques (Revue Neurologique 1923, p. 525).

Cornil. — Traitement salicylé intraveineux de la sclérose en plaques (communication à la Société de Médecine de Nancy, 20. 7. 1927).

Dejerine et Thomas. — Article sclérose en plaques (Traité de Médecine et de Thérapeutique Gilbert et Thoinot, Ed. 1909, tome XXXIV, p. 385).

Dumas et Foix. — Traitement de la sclérose en plaques par le sérum de malades devenus non évolutifs (Revue Neurologique 1924, p. 790).

Finzi Amélio. - Vorläufige Mitteilung uber neurologische Erfahrungen mit Phlogetan (Wien. Kl. Wochen. Nr. 22, 1923).

Fischer Herrm. et Munzer Potzl. — Ueber die modernen unspezifischen Methoden zur Behandlung der progressiven Paralyse und über die Methoden einer exakten Verfolgung Ihrer Ergebnisse (Mediz. Klinisch. Nr. 45, 1923).

Foix, Chavany et Lévy. — Les injections intraveineuses de salicylate de soude dans le traitement de la sclérose en plaques (Société de Neurologie 4.11.26. — Revue Neurol. I et II, p. 429).

Fribourg, Blanc et Gauthier. — Traitement actuel de la sclérose en plaques (Science Médicale Pratique Déc. 1930).

Guillain. — Rapport sur la sclérose en plaques (Congrès de Neurologie 1924, Revue Neurol. 1924).

Guillain, Jacquet et Lechelle. — Considérations cliniques et expérimentales sur la sclérose en plaques (Sté Méd. des Hôpitaux, 18.11.1920).

Heim Heinz. — Zwei Jahre « Phlogetan Erfahrung », in der Augenheilkunde (Mediz. Klinik Nr. 54, 1924).

Heim Heinz. — Die Reiztherapie der Atrophia nervi optici (Mediz. Klinik Nr. 30, 1925).

Heller Otto. — Beitrag zur Behandlung der gonorrheischen Komplikationen mit Phlogetan (Med. Klinik Nr. 8, 1923).

Hilbert. — Zur Frage der Reizkörper Therapie (Phlogetan) mit besonderer Berücksichtigung Ihrer Neurologisch-Psychiatrischen Heilanzeigen. (Prag. Pharmakoloh. Mh Nr. 6, 1922).

Hilbert. — Traitement de la sclérose en plaques par le Thorium et le salvarsan argentique (Munch. Med. Woche, 22.7.1921).

Hoffmann. — Etiologie de la sclérose en plaques (Med. Record, 28.3.1921).

Horwitz, Ernst et Minna Koolmann. — Multipie Sklerose und Röntgentiefentherapie (Hydrotherapheut. Univ. Anst. Berlin — Med. Klinik Jg. 23 — Nr. 37 S. 1410-1412, 1927).

Johnson. — Thérapeutique médicamenteuse de la sclérose en plaques (Lancette, 16 juin 1923, p. 1208).

Königstein. — Erfahrungen mit Phlogetan (Mediz. Kl. Nr. 12, 1923, Berlin).

Koster S. — Die Behandlung der multiplen Sklerose mittels Natrium, Cacodylicum Injektionen (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 67 H. 2. S. 127-133, 1928).

Kulkow. — Zur Behandlung der multiplen Sklerose « Bayer 205 » (Germanin), Vorl. Mitt. (Nervenabt. W.A. Obuch - Inst. Moskau). — (Zeitschr. f. d. ges. Neurol., u. Psych. Bd. 104 H. 3, S. 345-359, 1926).

Laignel, Lavastine et Koressios. — Traitement de la sclérose en plaques par sérothérapie hémolytique (Paris-Méd. No 8, 23.2.29., p. 190 — Sté Méd. des Hôp. de Paris, séance 12.12.1930).

Laignel, Lavastine et Koressios. — Essais sérothérapiques dans la sclérose en plaques (Paris-Médical Mai 1928, p. 421).

Laignel, Lavastine et Koressios. — Indications et contre-indications du traitement de la sclérose en plaques par les sérums hémolytiques (La Médecine No 2, Février 1929, p. 129).

Legrand et Dubrocq. — Syndrome de sclérose en plaques très amélioré par le traitement à l'arsylène (Monde Méd. 15.5.1928, p. 412).

Marinesco. — Nouvelles recherches sur les plaques séniles (Arch. Int. Neurol. tome II, vol. III, 2e série, déc. 1928, p. 192).

Marinesco. — Etudes histochimiques des plaques séniles (Arch. int. de Neurologie, 21e série Oct.-Nov. 28, séance spéciale d'anatomie pathologique, 25.6.1928).

Massary (de) et *Mevel.* — Sérothérapie antitétanique, encéphalite ou sclérose en plaques (Revue Neur. Mars 27).

Massary (de). — De l'Etiologie et du Traitement de la sclérose en plaques (Journ. de Médec. et de Chirur. 25.9.23, p. 657).

Minea L. — Sur un traitement de la sclérose en plaques (Bull. de la Sté Roumaine de Neur. Psychiâtrie, psychol. et

endocrinol. Jg. 2 Nr. 3 p. 165-178, 1925).

Perrau et Stebbing. — Traitement arsénical de la sclérose en plaques (Lancette, 5.2.1921., p. 271).

Perrin. — Sclérose en plaques et novarsénothérapie (Revue Méd. de l'Est, 15.7.1920).

Roasenda. — Pensiero Medico T. 12 No 23, p. 389.

Rosner et Wohlstein. — Phlogetan in der Therapie des Tabes- und Gelenkrheumatismen (1923).

Schlesinger Hermann. — Zur Diagnose und Therapie der multiplen Sklerose. (Wien. Klin. Wochenschr. Jg 40 No 31, Sonderbeil. S. I-II, 1927).

Scripture. — Diagnostic précoce et traitement de la sclérose en plaques (Practitioner Mars 1923, p. 259).

Sorgo et Weidinger. — Therapeutischer Versuch mit Phlogetan bei Tuberkulose (Mediz. Klinik Nr. 35, 1923).

Stein. — Phlogetan bei Tabes nebst Bemerkung zur antisyphilitischen Therapie. (Mediz. Klinik Nr. 20).

Steiner G. — Multiple Sklerose, ihre Aetiologie und Behandlung. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Jg. 17 H. S. S. 1-6 1926).

Vitek Jiri. — De nos expériences sur la thérapeutique de la sclérose en plaques (Bruxelles Médic. tome IX, N° 28), 12.5. 1929.

Wander L. — Beitrag zur Proteinbehandlung der multiplen Sklerose. Polska Gezeta Lekarska Jg. 5 No 26, S. 509, 1926 (Polnisch).

Weeber. — Bemerkungen zur Therapie der progressiven Paralyse (Mediz. Klinik Nr. 24 1924).

Winckler Axel. — Ueber die Heilbarkeit des Tabes dorsalis und das Phlogetan (Aerztl. Rundschau Nr. 1, 1923).

TABLE DES MATIÈRES

pages

AVANT-PROPOS 9

I. APERÇU HISTORIQUE DU TRAITEMENT DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES 11

II. LE PHLOGÉTAN 19

a) historique 19

b) composition chimique 20

c) mode d'emploi (technique; doses; rythme du traitement; réactions observées) 21

d) mode d'action 24

e) contre-indications 24

III. OBSERVATIONS : Résultats obtenus; cas positifs et cas négatifs; résumé clinique des cas; traités par le Phlogétan 27

IV. VUE D'ENSEMBLE SUR LES RÉSULTATS OBTENUS . 99

CONCLUSIONS 105

BIBLIOGRAPHIE 109

Imprimerie Moderne, Ch. Mossmann, Strasbourg.